SINT LUCAS TIJDSCHRIFT

1963 nr 1

INHOUD:

EDITORIAAL

Ofschoon de uiterlijk gescheiden vormgeving van dit herboren St.-Lucastijdschrift onmiddellijk een federalistisch-ingestelde mentaliteit bij de verantwoordelijke redactie zou doen vermoeden, wenst deze toch te onderlijnen dat zij voor alles gestuwd werd door een oprecht vertrouwen in de mogelijkheid van een evenwichtige en harmonische ontplooiïng der twee onderscheiden volksgemeenschappen, binnen het kader van een reële Belgische twee - eenheid. Dit maakt dan ook meteen duidelijk dat de twee afzonderlijke tijdschriften tot èèn geheel gebundeld, in de bedoeling van de redactie, het zoëven vooropgezet basis-principe moeten weerspiegelen. De kritiek op het nu tot het verleden behorend tijdschrift, dat op min of meer gelukkige of ongelukkige wijze de franstalige en nederlandstalige artikels publiceerde, was vaak, vooral vanwege Vlaamse artsen, gegrond en verantwoord. Hierbij dient echter onmiddellijk gezegd dat de toenmalige redactie practisch alleen stond om de nederlandstalige bijdragen op peil te houden, dat zij af te rekenen had met een steriele onverschilligheid, dat zij helemaal niet kon steunen op de pennevruchten van Vlaamse artsen... en dat zij herhaald moest constateren, dat de beste stuurlui, vooral in Vlaanderen, aan wal «bleven» staan. Nu het zover is, nu we onafhankelijk kunnen varen, zouden wij tot ons groot genoegen willen vaststellen, dat de kritische stuurlui van gisteren, vaardige medewerkers van heden mogen worden. Dit editoriaal wil dan ook allen oproepen om samen opnieuw te vertrekken en om samen dit tijdschrift in zijn nieuwe vormgeving op te bouwen.

De tweeledigheid van dit nieuw St.-Lucastijdschrift kan, althans van onze kant bekeken, enkel vruchtbare resultaten opleveren, daar deze dubbele uitkijktoren ons het verrijkend en verreikend gezicht op de gedachtenstromingen in de franstalige denkwereld niet zal benemen. Met een genegen vertrouwen sluiten we dus een «mariage de raison».

De redactie wil hiermede haar vast vertrouwen uiten in de intellectuele kracht van de katholieke Vlaamse artsen en is ervan overtuigd dat menig probleem van de moderne medische wereld wacht op hun overtuigde en verantwoorde stellingneming. Dit laatste zal ons alleszins behoeden voor een onvruchtbaar conservatisme, voor een verafgoding van de individueel verworven posities en voor een hooghartig en daarom kleinmoedig afwijzen, zonder meer, van elke ingrijpende verandering op het medisch - sociaal vlak.

Toch verklaart de redactie zich niet onwetend van het feit dat een dergelijke formulering het stof uit de oude hoeken onrustwekkend kan doen oplaaien, maar ze wil zich tegelijk een overtuigd voorstander noemen van een open contact met de levende werkelijkheid, waarin getuigenis afgelegd wordt van een constructief modern-katholiek denken. Dit contact levert ons één onmiskenbaar voordeel op: de vrijwaring voor de bittere ontgoocheling, wanneer wij zouden vaststellen dat de tijd, onze tijd, aan ons voorbij gaat, en dat wij ontwaken in een wereld, die buiten en zonder ons werd georganiseerd.

Het ligt dan ook in onze bedoeling de ramen van dit katholiek Artsentijdschrift wijd open te zetten. Dit garandeert frisse luchttoevoer, doch verhoogt tevens de kans op stormwind in eigen huis. Indien desondanks de huisbewoners aan de schrijftafel blijven, zal meteen bewezen zijn dat de redactiewoning niet van een handig kaartenhuizen-voorgeveltje was voorzien.

Dit alles om onze achtbare lezers te verwittigen dat wij ons best zullen doen, extreme stellingen aan elkaar te toetsen, in het volle besef, dat hieruit het licht geboren wordt en dat hierdoor sterk-opbouwende kritiek kan uitgebracht worden, die ons ingelicht en wijs zal maken. Zo kunnen we van de meest extreme horizonten steeds terugkeren naar de kernwaarden en de centrale pijlers van ons ganse leven, Kerk en gemeenschap, beroep en gezin, terwijl een moderne zon een nog stralender licht giet over de eeuwenoude bronnen, waaruit wij steeds opnieuw moeten putten, en waarvan nog nooit iemand ongelaafd is vertrokken.

Omwille van de beperktheid van ons taalgebied heeft de redactie zich voorgenomen nauw contact te houden met de Nederlandse Rooms-katholieke Artsenvereniging en haar gewaardeerd tijdschrift. Terwijl we onszelf met een kleine dosis meerderwaardigheidsserum inspuiten, hopen we op een hernieuwde bloei van dit St.-Lucastijdschrift, waardoor ooit een vruchtbare wisselwerking tussen Noord en Zuid moge tot stand komen.

Daar wij de vleugels breed open willen slaan, moge het de lezer niet verwonderen dat hij af en toe kleine teksten in vreemde talen onder ogen zal krijgen, soms omdat de vertaling ervan een verminking zou betekenen, doch ook omdat wij niet wensen ons te beperken tot het eigen taalgebied, teneinde aldus voor onze lezers de Europese en internationale denkrichtingen te kunnen ontplooien.

De redactie wordt, aan het begin van deze ontwikkelingsperiode, besprongen door een gevoel van vreugde om de verworven volwassenheid. Zij rekent op U allen, om naast de gemakkelijk te smaken vreugde, ook daadwerkelijk geholpen te worden in het tot stand brengen van én het volharden in deze eigentijdse koers.

de redactie.

Pour un observateur parfaitement clairvoyant, et qui regarderait depuis longtemps, de très haut, la Terre, notre planète apparaît d'abord bleue de l'oxygène qui l'entoure; puis verte de la végétation qui la recouvre; puis lumineuse — toujours plus lumineuse — de la Pensée qui s'intensifie à sa surface, mais aussi sombre — toujours plus sombre — d'une souffrance qui croit en quantité et en acuité au même rythme que monte la Conscience, au cours des âges.

A chaque instant la souffrance totale de toute la Terre!...

Si seulement nous pouvions, cette grandeur redoutable, la recueillir, la cuber, la peser, la nombrer, l'analyser, quelle masse astronomique! Quelle somme effrayante! Et, depuis la torture physique jusqu'aux angoisses morales, quel spectre raffiné de nuances douloureuses! Et si seulement, aussi, par le jeu d'une conductibilité soudain établie entre les corps et les âmes, toute la Peine se mêlait à toute la joie du monde, qui peut dire de quel côté se fixerait l'équilibre: du côté de la Peine, ou du côté de la Joie. Oui, plus l'Homme devient homme, plus s'incruste et s'aggrave — dans sa chair, dans ses nerfs, dans son esprit — le problème du Mal — du Mal à comprendre et du Mal à subir...

Mais pour que, à cette dure loi de la Création, notre cœur se plie sans révolte, n'est-il pas psychologiquement nécessaire qu'au déchet douloureux de l'opération qui nous forme, nous découvrions par surcroit quelque valeur positive qui le rende définitivement acceptable, en le transfigurant.

Un surcroit d'Esprit naissant d'un défaut de Matière.

Oui, vraiment le miracle, constamment renouvelé depuis deux mille ans, d'une Christification possible de la Souffrance...

O Marguerite, ma sœur, pendant que, voué aux forces positives de l'Univers, je courais les continents et les mers, passionément occupé à regarder monter toutes les teintes de la Terre, vous, immobile, étendue, vous métamorphosiez silencieusement en lumière, au plus profond de vous-même, les pires ombres du monde. Au regard du Créateur, dites-moi, lequel de nous deux aura-t-il eu la meilleure part ?

P. Teilhard de Chardin 8-1-50
(*uittreksel van het voorwoord in L'Energie spirituelle de la souffrance*
Marguerite-Marie Teilhard de Chardin
Editions du Seuil.
Paris 1951).

PRIERE DU MALADE
POUR LES MEDECINS.

Ayez pitié, mon Dieu, de ceux qui se sont chargés de la Croix des autres, de ceux qui se sont faits sauveurs.

Sauveur de tous, donnez au médecin la lumière.

Eclairez le dans l'obscurité d'autrui, pour qu'obligé de pénétrer dans le secret des corps et des âmes, il ne se trompe pas de route et ne blesse rien en passant.

Donnez au médecin l'amour, pour que, chargé de sa propre peine et sans refuge peut-être pour lui-même, il trouve toujours en soi une douceur, un abri, une force pour le désespéré qui l'attend.

Donnez au médecin la grâce, pour qu'en son plus mauvais moment, dans son incertitude, sa faiblesse d'homme, son trouble, il reste toujours assez sage, toujours assez bon, toujours assez pur, digne, de la douleur sacrée dont la foi s'est donnée à lui.

Donnez au médecin la fidélité dans sa miséricorde, pour qu'il n'oublie pas, n'abandonne jamais le moindre des misérables qui à lui se fie.

Donnez-lui la force, ô mon Dieu, pour que le poids de tous ne vienne pas trop l'accabler, pour que la détresse qu'il porte n'atteigne pas sa joie, pour que la blessure qu'il panse ne lui fasse pas de mal.

Marie-Noel «Notes Intimes»
St. Luc., évangile et médecin n°. 6. 1962 *p.* 348.
en Katholiek Artsenblad nr. 8 *aug.* 1962.

Simply having children does not make mothers
Shedd, Salt from my Attic.

- een drama
- een les
- een vraag

het gesprek van de redactie met
mag. - louis janssens, hoogleraar leuven

INLEIDING

Een Amerikaanse filmster zette een vrij mager punt achter haar eigen leven. Achter het leven van Corine Van de Put werd een ontzettend groot punt gezet door de eigen moeder, die zich in de plaats van haar kind een oordeel of een veroordeling veroorloofde over de toekomst ervan. De perfectie en de imperfectie van de lichamelijke vormgeving werden om beurten veroordeeld. De perfectie veroordeelde zichzelf, de imperfectie werd veroordeeld. Toch stootte de veroordeling van de imperfectie ons veel heftiger! Was het omdat, zo vaak, uit het onvolmaakte het leven weer steeds hogerop gestuwd wordt... of lijkt het imperfecte ons creatiever dan het perfecte?
Voor ons, artsen, was het Luikse drama een teken aan de wand. Sinds lang kenden we de mogelijkheden en de gevaren van ons beroep. Toch was Luik hier een zweepslag. Niet zozeer omwille van de vrij bedroevende, ja beschamende situatie waarin aldaar de positie van een... of de medicus geraakte, noch omwille van de haast onthutsende verklaringen van bepaalde artsen, doch vooral omwille van de repercussie op het eigen beroepsleven en de noodzakelijkheid tot bezinning, die hieruit voortspruit. We hebben dan ook tijdens de vorige maanden de tijd gehad om ons geweten te malen en opnieuw fijn te malen. Zowel aan de inperfectie als aan de perfectie werd een einde gemaakt met... «geneesmiddelen». Het imperfecte was een (achteraf) bewezen rechtstreeks gevolg van een modern therapeutisch middel. Dan dient de vraag gesteld in hoeverre langs onze handen om en vaak zonder dat we het beseffen — scheikundige stoffen uiteindelijk dodende middelen worden. Dit is natuurlijk niet nieuw! Wel nieuw is de enorme verspreiding en de totaal onoverzichtelijke serie van deze — in de kern — gevaarlijke middelen, waarvan de essentiële, want over het leven beslissende waarden ons tenslotte ontsnappen. De moderne wetenschappelijke geneeskunde maakt reusachtige zevensprongen... en wij zijn niet klaar om deze te verwerken, wij improviseren herhaaldelijk. Dit werkt verwarrend en houdt gevaren in.
De verklaarbare doch niet verschoonbare verwatering op het deontologisch vlak is een verraderlijk meelopertje van deze wetenschappelijk-therapeutische machtspositie geworden en vormt voor allen, ook voor de besten onder ons, een reële bedreiging. Luik is dus een welgekomen gelegenheid om de «decalage» die ontstaan is tussen de verreikende wetenschappelijke vooruitgang en het mank achterna hinkend medisch geweten onder de loep te nemen en om een poging te wagen tot het overbruggen van deze gevaarlijke disharmonie. (hj).

DEN WO DER MENSCH VERZWEIFELT, LEBT KEIN GOTT.
Goethe, Epimeuides 2,6

MONSTRA
spiegel van een samenleving

Het is een aanvaard gebruik bezadigd te schrijven in een wetenschappelijk blad. Emotie wordt beschouwd als een bedreiging der wetenschap. Zo is dan de hartekreet suspekt en de afweer maakt ons doof, terwijl toch het moment alle kansen biedt...
De gedrochtelijke kinderen die dank zij ons kromzicht, dat voor inzicht zocht door te gaan, geboren werden, zijn een Teken aan de wand. Want de koele objektiviteit wilde wel registreren de bundel faktoren die storend inwerken op de embryogenese, terwijl eveneens geruime aanduidingen bestaan omtrent de veelheid van faktoren die mutageen kunnen werken, maar het instinktieve ontwijken van de gevaren, inhaerent aan objectiveren en vast-stellen, doet ons vallen in de zelfgegraven kuilen.
Zozeer geblokkeerd door «verklaringen» zijn de periodieken der wetenschap en de kouranten der leken — aankomende en aktuele slachtoffers — dat vrijwel met geen woord wordt gerept over het leed zelve. Alleen werd onderstreept hoe gelukkig het was dat naar ruwe schatting «slechts» een twintigtal Hollandse kindertjes verminkt zijn; ook werd gerept van de terughoudendheid en kritische zin van «onze» artsen. Waarlijk niet omdat de kommunikatie in de wereld ons allen opeen perst, maar omdat wij als mensheid bijeen horen, gaat *alle* leed ons *allen* rechtstreeks aan. De geneeskundigen die de emotie vrezen, zij prepareren zich tot onaandoenlijke mensen, hetgeen men beter onmensen kan noemen. De wetenschap die afgesplitst wordt van ons menszijn in zijn volheid staat ons naar het leven. Men kan dit heel duidelijk zien bij die wetenschapsdienaar die zijn *spel* met de longpest met de dood moest bekopen. Niet dat het sterven het obstakel is maar het *spel* met de ernst, het manipuleren met datgene wat slechts in dodelijke ernst, derhalve in dienst van het leven der mensheid als geheel, tegemoetgetreden kan worden. Professor Charlotte Ruys heeft ten onzent op magistrale wijze gewaarschuwd tegen dit alles, maar is het verstaan? Menen wij niet te gemakkelijk dat wij — die gemeenlijk geen bakteriologen in dienst van een ministerie van oorlog (of zogeheten defensie) zijn — bijaldien gelukkig haar rede naast ons neer mogen leggen?
Wat weten wij van de schadelijkheid en onschalijkheid van doen en laten? Het laatste woord is niet bij het experiment maar bij het leven dat steeds de konstatering en verabsolutering doorkruist, tot heil der mensen.
Wij hebben elk een eigen werkkring, een drukke en verantwoordelijke werkkring, maar dat betekent wel allerminst dat wij over kunnen gaan tot de orde van de dag na een explosie die de feitelijke ondeskundigheid der beweerde deskundigen — van U en mij helaas al evenzeer — onthult.
Wanneer zullen wij genezen van onze kwalificatieziekte? Wanneer zullen wij erkennen dat wij niet wisten wat wij deden? Wanneer zullen wij uitspreken — zonder de voze beduchtheid voor onze dierbare patiënten en hun gemoedsrust — dat wij dilettanten zijn?
De deskundige die bereid is zijn tekortschieten en zijn zelfoverschatting te erkennen is niet meer vóór alles «een gevaar op de weg», want hij is een «open» mens geworden. Het gaat met hem als met de invalide achter het stuur. Hoe verbaasd waren wij als studenten niet — en blij verrast — toen C. D. de Langen bij zijn college over de keuring voor het rijbewijs vertelde hoe juist de invalide weggebruikers (blijkens de grote Amerikaanse verzekeringsstatistieken) het minste gevaar opleverden, daar zij hun status aanvaard hadden; hoe het gevaar niet slechts schuilde in vele der somatische aandoeningen die wij hadden leren kennen — hoezeer ook in ogenschouw te nemen — maar juist bij de mens die zijn beperkingen niet wil kennen en meent het zich te kunnen en moeten (!) veroorloven een manoeuvre ten beste te geven die men gewend is in zijn mislukking als ongeluk aan te merken, doch die beter simpelweg konsequentie moest genoemd worden.

Een rechter — tot inzicht gekomen omtrent het verraad aan de Joodse mederechters door het klakkeloos buigen voor een bezettersbeleid dat op angst en macht gebaseerd was — schreef hierover (Mr. A. Dirkzwager: Laus senectutis, gevolgd door Document expiatoire, Augustus 1956). Maar geen der juridische periodieken wenste dit Memo te plaatsen! Meende men dat het afbreuk zou doen aan de hoogheid van Gerechtigheid als de kleinheid der rechters door één hunner — die in zijn ontoelaatbaar geachte bewogenheid rebelleerde — aan de kaak werd gesteld? Na tien jaren heeft hij het toen als naschrift geplaatst — één bladzijde lang slechts — bij bovengenoemd geschrift.

Zou een wetenschap die duizenden door zijn blindheid en zelfoverschatting voor de onuitsprekelijke nood van verminking plaatste niet bij monde van één zijner dienaren een peccavi willen en moeten uitspreken? Is het niet tijd dat daarenboven wordt verstaan hoe Goddank in de menselijke nood en beproeving, in zijn ziekte en sterven andere dimensie ligt — en werkt !— dan hetgeen de wetenschap als objectiviteit meent gepacht te hebben? Toen de watersnood Nederland aanrandde en bundelde, sprak de Landsvrouwe: «Waar leed is, is zegen nabij». Zij sprak deze woorden niet als troost, maar als erkenning van een Levenswet. Als deze Levenswet erkend wordt, zal men er vrijelijk van gewagen. Dit zal dan niet beperkt worden tot bepaalde dagen of speciale gebouwen en de angst dat men dit — zijnde «wereldbeschouwelijk» — zal misverstaan zal geen rol spelen, juist omdat erkend is hoezeer de hooggeprezen objectiviteit een verminkt wereldbeeld presenteert, derhalve weefsel is van waan en leugen. Waan, voor zover niet geweten, leugen, voor zover «tegen beter weten in».

Een Duits arts (O.J. Hartmänn) schreef een klein boekje «Zivilistionsschäden machen uns krank». (Verlag die Kommende, Freiburg i. Br. 1958) het is geschreven met de deskundigheid die men van de arts zo graag verwacht en met de visie die zowel onontbeerlijk als exceptioneel is. Men overdenke en leze, men realisere zich en handele naar bevind van zaken.

Laten wij deze ontzagwekkende geboden kans, de krisis der zekerheden tegemoet te treden en daarmede tot ouverture te laten geworden, niet voorbij laten gaan door wetgeving of kontrolerende funkties te wijzigen of te maken, maar laten wij beseffen, dat de Thalidomide-nood geheel opgenomen kan blijken in de waarheid, die immers steeds onwaarachtigheid en voze pretenties onthult. Of wij dit op ons toe durven nemen dan wel ons er hooghartig voor afsluiten, zal afhangen van de betekenis, die wij zullen toekennen aan het S.O.S. van Thalidomide, enz. Daarin zal tevens duidelijk worden wie wij zijn: beulsknechten of dienaren der mensheid...

(*uit het «Katholiek Artsenblad» — 41e jaargang — december* 1962 — *pag* 249—350
R. Feutener van Vlissingen, psychiater te Rotterdam)

In hoeverre draagt de totale medische wereld een morele schuld aan het softenonverschijnsel, dit dan als voorbeeld nemend voor zovele andere gevaarlijke technische of scheikundige middelen en diagnoseonderzoekingen, die courant gebruikt worden.

De pers die op dat gebied nogal heftig gereageerd heeft, hield zeker geen rekening met een hoop factoren, die hier in aanmerking moeten worden genomen. Naar deskundigen terzake mij zegden, was de schadelijke inwerking van Softenon, zelfs met de normale voorzichtigheid als geleide, niet te voorzien. Het is evident dat het publiek een ernstige controle over de geneesmiddelen mag eisen, doch hierbij dient eveneens aanvaard te worden dat men van de medische wereld (in zijn geheel) niet het onmogelijke mag vragen. Indien het publiek zou willen dat alles voorzien wordt, dan kan de moderne geneeskunde niet meer vooruit. Wetenschap is nooit onfeilbaar.
Uw vraag duidt echter op een tweede probleem: het recht om op de mens te experimenteren. Een geneesheer dient steeds ervoor te zorgen dat zijn behandeling zo effectief mogelijk weze. Dit is alleen mogelijk door een goed gefundeerde diagnose. Indien nu een arts een behandeling effectief kan verrichten, zich steunend op een verantwoorde diagnose, waarbij de onderzoekingen geen gevaar inhouden, dan heeft hij niet het recht **in de diagnose** zowel als in de therapie, middelen in te schakelen, die een hoog percentage aan riciso voor de patiënt kunnen inhouden. Men mag nooit een mens aan meer gevaar blootstellen dan werkelijk nodig is. Er dient immers een zeer groot en belangrijk onderscheid gemaakt te worden tussen «levens redden» en «aan wetenschap doen». Zij die het doel om aan wetenschap te doen hoger stellen dan de veiligheid van hun patiënt zijn reeds hun experimenten op de mens begonnen. Maar dit is dan wederom een probleem op zichzelf, waarover wij in de toekomst nog eens kunnen praten.

Kan de houding van een geneesheer in een situatie als deze van de geboorte van een misvormd kind bepalend zijn voor de beslissingen die door leken, dus niet-medisch gevormden wordt getroffen? Kan dit een gebrek aan begrip en overtuigingskracht kortom een gebrek aan naastenliefde genoemd worden?

Hier dient vooraf volgende opmerking te worden gemaakt. Het systeem van de vrije geneeskunde in België en de huidige organisatie ervan betekent in vele gevallen dat de arts doorgaans werkt in een sterke vertrouwensrelatie met de patiënt.(*) Het is nu juist omdat deze vertrouwensrelatie bij de patiënt de keuze van zijn geneesheer bepaalt, dat het meest beroep gedaan wordt op geneesheren, die hun beroep edelmoedig uitoefenen. Dit brengt mede dat edelmoedige artsen, vaak tegen hun eigen wens en wil in, overrompeld worden door een te grote vraag om hulp, waardoor ze uiteindelijk in een minder gunstige of ongunstige situatie, qua menselijke relaties, geraken. Een zulkdanige overrompeling kan
(*: lees op pagina 21 «de vertrouwensrelatie).

De Softenon-zaak is voor onze zielerust een nieuwe schok. Professor R. Merle d'Aubigné, chirurg aan de medische faculteit te Parijs, meende zelfs (in «Le Monde») dat het idee van de menselijke vooruitgang door het afschuwelijk avontuur van de tranguillezers de hardste slag gekregen had sinds Hirosjima; hij voegde daaraan toe: «Het is niet door de negatie van de wet en van de elementaire moraal dat het zich van deze slag zal kunnen bevrijden».

(uit *«De menselijke waardigheid» D.M. De Maand nr. 9 — Nov. — 1962 — pag.* 516)

Ohne Zweifel klingt es paradox, wenn die Medizin nun auch noch als Helferin zum Tode bezeichnet wird. Denn auch wer sich mit seinem Tode befaszt, erwartet vom Artze dessen Vermeidung. Es ist nichts damit. Nicht Kampf mit dem Tode sondern Pakt mit ihm ist die Aufgabe des Arztes. Der Arzt kann den Tod nicht töten sondern mit ihm Frieden schlieszen und dabei ihn auch für eine Weile zu uberlisten suchen. Dabei kann ein Dilemma entstehen, indem die Hilfeleistung auch einem als lebensunwert beurteilten Leben gewährt wird. Viele Tendenzen zur mehr oder weniger legalen Euthanasie stammen aus der Ansicht, jemand könne diesen Wert oder Unwert beurteilen und dann kraft seines Verfügungsrechtes über Leben und Tod das eigene oder fremde Leben beenden. Ich bin nun ein Gegner aller bisherigen Euthanasien, weil mir jenes Urteil über den Lebenswert nicht einleuchtet, und weil ich nur einzelne Lebenswerte, nicht aber einen Lebenswert überhaupt für beurteilbar halte. Diese Stellungnahme resultiert ausserden daraus, dass alles Leben ein Sterben ist und keine ärtzliche Handlung sich dem Gesetze der Verknüpfung von Leben und Tod entziehen kann. Darum ist jede ärtzliche Handlung an sich schon eine Art van Euthanasie, und die Frage lautet daher nicht: Euthanasie oder nicht? Sondern: Welche Art van Euthanasie?

pag. 361

Platon sagte, es sei besser Unrecht zu leiden als zu tun und er hat damit das Recht zur Notwehr bestritten. Wenn also der Tod ein Unrecht sein wollte oder gelegentlich als solches beurteilt wird, so folgt daraus immer noch kein Recht auf Abwehr desselben auf Kosten anderer. Wenn jemand, oder wenn alle nicht leben können ohne zu töten, so folgt daraus kein Recht und keine Schuldlosigkeit zu töten. Diese Notwendigkeit begründet keine Unschuld.
Obwohl also Sterben und Töten nicht dasselbe sind, so bringt doch keines von beiden eine Entschuldung oder Erlösung von dem Ubel.
Der bedeutendste Versuch, dem abzuhelfen, ist der der Liebe. Nachdem die verschiedenen Tugenden der Liebe entdeckt waren, kam dann der neue Rückschlag: die Liebe sei eine unnütze Passion. Was dann von der Liebe gilt, das trifft auch auf deren rationalisierte, ethisierte oder sozialisierte Form nämlich auf die «Gegenseitigkeit» zu. Diese als Gegenseitigkeit maskierte Liebe ist dann gleichfalls eine unnütze Passion und, jetzt ist nicht nur Gott tot sondern auch die Liebe stirbt.

(uit: *Der Kranke Mensch — Victor Von Weizsäcker — K.F. Koehler Verslag — Stuttgart — pag.* 369)

On peut tailler de purs chefs-d'œuvre dans le bois le plus grossier et faire, de la plus humble vie, un chef-dœ'uvre de beauté morale.

H.Aubert.

werkelijk een tekort aan tijd veroorzaken. Juist dit tekort aan tijd belet hen aan elke mens voldoende aandacht te besteden, die ze wel zouden willen opbrengen, doch waartoe ze materieel niet in staat zijn. Een zieke mens is steeds een menselijke persoon, die alle aandacht en attenties waard is. Toch moeten we zeer voorzichtig zijn met de steen te werpen, daar hier in België vrij veel geneesheren — in hun tijd voor iedereen — noodzakelijk beperkt zijn. Zo gezien wordt dit dan een kwestie van organisatie en betere rationele verdeling van het beroepswerk. In een regime, waarin een gezonde «groepsgeneeskunde» bevorderd wordt zou dit gebrek aan tijd geen probleem betekenen. Uw vraag doet me echter nog een tweede facet van het probleem overdenken.

Binnen de grenzen van de wettelijkheid in een bepaald land, kunnen moeilijke situaties ontstaan, waar een katholieke arts op religieus en moreel vlak een andere overtuiging deelt dan zijn patiënt. In dat geval heeft hij niet het recht zijn overtuiging aan die bepaalde patiënt op te dringen. De katholiek dient niet de plaats in te nemen van het gewetensoordeel van een andersdenkende — vanzelfsprekend ook vice versa.

Professor, hierachter schuilt een enorm probleem, dat ons zeer ver zou leiden en dat ons wel bepaalde vroeger aangeleerde en door de traditie doorgegeven principen moet doen herzien. Een hele kluif voor een volgende maal.

Wanneer we met morele zekerheid weten dat een patiënt een moord gaat plegen, of dat een zieke gaat vermoord worden, moeten wij dit dan onmiddellijk aan het gerecht bekend maken? Schenden wij zo ons beroepsgeheim, ja dan neen?

Hierop moet ik eerst antwoorden dat U moet nagaan wat de Belgische wetgeving dienaangaande juist bepaalt. Wel wens ik U over het beroepsgeheim hierbij het volgende te zeggen: het medisch beroepsgeheim is een relatieve zaak. Primo laat het uitzonderingen toe voor het goed van de patiënt zelf. Secundo is het beperkt door eisen van algemeen welzijn. Tertio zijn de verdediging van een onschuldige derde en ook quarto, de zelfverdediging van de arts, omstandigheden die grenzen aanbrengen.

Evenwel mag een dokter niet spreken zolang het niet bewezen is dat hij «moet» spreken. Bij dit «moeten» spreken dient hij zich zoveel mogelijk te houden aan de bestaande wetgeving. Wij zouden echter in onze gemeenschap tot zulke situatie moeten geraken dat ieder zijn verantwoordelijkheid neemt, d.w.z. dat op de arts geen verantwoordelijkheden afgewenteld worden, die hij niet alleen als arts maar in de uiteindelijke gevolgen, ook als familievader moet dragen. Een geneesheer is naast zijn beroepsactiviteit ook huisvader, moet dus ook rekening houden met het eigen gezinsleven en zijn verantwoordelijkheid hierover. In bepaalde gevallen moet hij zich in geweten afvragen of hij aan zijn beroepsplicht of aan zijn familiale plicht de voorrang moet verlenen, dit dan vooral daar, waar het gaat om risico's waartegen de wet hem niet beveiligt.

Wij willen ook laten opmerken dat het beroepsgeheim steeds relatiever wordt naarmate onze beschaving vooruitgaat. Iedereen weet toch dat een zieke, die naar een sanatorium of naar een bepaald kankerinstituut wordt verwezen, aan tuberculose of aan kanker lijdt. Dus moeten wij ook op dit vlak onze gewone opvattingen herzien. Al te weinig werd vaak aanstoot genomen aan het

officieel vermelden van de gezakten in een palmares, terwijl men dit toch mag bestempelen als een prijsgeven in het publiek van waardeoordelen over de intellectuele onvolmaaktheden van bepaalde mensen. De zuiver lichamelijke onvolmaaktheid, bv. een of ander kwaadaardig of goedaardig knobbeltje aan datzelfde publiek bekend maken, is daarentegen een verkrachting van het beroepsgeheim. We bedoelen dit enkel als illustratie der steeds verder schrijdende relativiteit van het medisch beroepsgeheim. Het is klaar dat hiermede niet alles gezegd is.

Wat te denken over het feit dat een kind in zijn lichamelijke onvolmaaktheid moet boeten voor de weliswaar onvrijwillige onvoorzichtigheid van de medische wereld?

Dit geldt voor de ganse levensgemeenschap. Voortdurend lijden mensen onder het feit dat anderen (ook mensen) beperkt zijn in hun mogelijkheden. Hier kan alleen gezegd worden dat de arts steeds met de beste bedoelingen moet handelen op een manier, die hem verantwoord lijkt. Dus competentie gekoppeld aan naastenliefde, en competentie in verhouding met het hedendaags niveau van de wetenschappelijke verworvenheden. Een vader of moeder kunnen met de beste bedoelingen hun kind uit liefde straffen, toch kan deze straf voor het kind een psychisch trauma betekenen.

In «La Dernière Heure» geeft collega Ch. Van de Eynde het oordeel van Dr Escoffier-Lambiotte als volgt weer; «Verwart men de menselijke persoon, die onze eerbied waardig is, niet met een «biologische overleven»?

Men is nooit verplicht buitengewone middelen vol te houden. Dit wil zeggen dat de geneesheer moet doen wat hij redelijker wijze kan om het leven en de gezondheid, als een buitengewoon goed, in stand te houden, maar dan ook de grenzen van het mogelijke niet moet overschrijden. Het precies onderscheid tussen het gewone en het buitengewone is afhankelijk van de huidige stand van zaken in de geneeskunde en tevens van de sociale organisatie. Het is dan ook logisch dat buitengewone middelen (b.v. kunstmatige voeding, kunstlong enz) niet op buitengewone gevallen blijvend moeten worden toegepast, juist wanneer onze tussenkomst de normale functies van het lichaam vervangt. Indien geen gunstig perspectief op het normaal en zelfstandig hernemen van de functies bestaat, mag men deze buitengewone middelen dan ook gewoon laten vallen.

Hoe ziet U de mogelijkheden om de disharmonie tussen de wetenschappelijke hoogconjonctuur en de morele laagconjonctuur te overbruggen?

Dit is het probleem van onze tijd. Op elk gebied, niet alleen op het medische dreigen wij op het vlak van de morele vorming een achterstand op te lopen tegenover de mogelijkheden die door wetenschap, techniek en economie geschapen worden.
Wij kunnen hier antwoorden met een citaat van Bergson, die klaar de enige mogelijkheid formuleert: «*La nature, en nous dotant d'une intelligence essentiellement fabricatrice, avait ainsi préparé pour nous un certain agrandissement.*

Mais des machines qui marchent au pétrole, au charbon, à la «houille blanche», et qui convertissent en mouvement des énergies potentielles accumulées pendant des millions d'années, sont venues donner à notre organisme une extension si vaste et une puissance si formidable, si disproportionnée à sa simnension et à sa force, que sûrement il n'en avait rien été prévu dans le plan de structure de notre espèce; ce fut une chance unique, la plus grande réussite matérielle de l'homme sur la planète. Une impulsion spirituelle avait peut-être été imprimée au début; l'extension s'était faite automatiquement, servie par le coup de pioche accidentel qui heurta sous terre un trèsor miraculeux. (Nous parlons au figuré, cela va sans dire. Le charbon était connu bien avant que la machine à vapeur le convertit en trésor). Or, dans ce corps démesurément grossi, l'ame reste ce qu'elle était, trop petite maintenant pour le remplir, trop faible pour le diriger. D'ou les redoutables problèmes sociaux, politiques, internationaux, qui sont autant de définitions de ce vide et qui, pour le combler, provoquent aujourd'hui tant d'efforts désordonnés et inefficaces; il y faudrait de nouvelles réserves d'énergie potentielle, cette fois morale. Ne nous bornons donc pas à dire, comme nous le faisons plus haut que la mystique appelle la mécanique. Ajoutons que le corps agrandi attend **un supplément d'âme**, *et que la mécanique exigerait une mystique.*

(*Henri Bergson. Les deux sources ae la morale et de la religion . Ed. albert Skira, pag.* 296).

Kan een geneesheer, in het voordeel van de zieke, weigeren hem uit het hospitaal te laten vertrekken? Is dit geen aanslag op de vrijheid, of moeten wij in zulke omstandigheden de vrijheid anesthesiëren?

Vanaf het ogenblik dat ik in geweten een maatregel aan een ander persoon opleg «voor zijn werkelijk goed», neem ik de verplichting op mij hem de verdediging van dat goed uit alle opzichten mogelijk te maken. (Cfr. de situatie van de verkrachte vrouwen en kloosterlingen te Wenen 1944-1945 en de houding van de Bisschoppen aldaar). Wij katholieken mogen niet aan «Prinzipienreiterei» doen. We zijn veel te vlug tevreden met het redden van de principen. We moeten ook de consekwenties van onze principiële houding aandurven. Simone De Beauvoir verhaalt in een van haar boeken het geval van een man die zich met een koord ophangt. Een voorbijganger snijdt de koord door, meent een daad van naastenliefde gesteld te hebben en een mensenleven te hebben gered. De schrijfster interesseert zich dan vooral aan het vervolg: wat zal er gebeuren? De man in kwestie gaat een nieuwe koord kopen en opnieuw zelfmoord plegen! De redder heeft tegenover de gevolgen van zijn menslievende daad niet consekwent gehandeld. Hij had de mogelijkheden moeten scheppen waarin deze «mens in nood» niet meer terug naar de koord had moeten grijpen, en tenminste moeten trachten terug een zin aan dit leven te geven. En we citeren verder De Beauvoir: «Men heeft de plicht en het recht, zelfs met dwang, om in te grijpen voor wat men als het echte goed van een ander aanziet, naargelang men meer liefde bezit, doordrongen is van een liefde die de effectieve middelen zoekt om de andere te helpen, terug een zin in zijn bestaan te leggen.

**JEDES KIND DAS ZUR WELT KOMMT,
PREDIGT SOGLEICH DAS EVANGELIUM DER LIEBE.**

Karl Gutzkow.

Onder de kristelijke humanisten zijn er velen die menen dat het niet nodig is expliciet God te erkennen om een moraal te kunnen aanvaarden die ten minste als grondprincipe onvoorwaardelijk vasthoudt aan de onaantastbaarheid van de menselijke persoon. En vele niet-kristelijke humanisten treden hen bij, al was het slechts om wille van het inzicht, dat dit grondprinciep een definitieve verworvenheid is van onze beschaving zoals die gegroeid is. Maar kunnen wij eigenlijk wel verklaren, waarom de beschaving tot dit inzicht heeft geleid, als we God niet erkennen, in Wie alleen de absolute onaantastbaarheid van de mens haar fundering vindt? Kunnen wij m.a.w. de onaantastbaarheid van de mens handhaven zonder zijn absoluutheid te erkennen, zonder hem als een zelfstandige deelachtigheid aan de Absoluutheid Gods te beamen?

Als dit eigenlijk niet mogelijk is, dan wordt de kwestie fundamenteel anders voor mensen die het bestaan van God niet kunnen erkennen. Voor hen is de onaantastbaarheid van de mens dan niet meer absoluut, doch slechts voorwaardelijk. En dan rijst de vraag: hebben deze mensen in een pluralistische maatschappij niet het recht, te vragen dat hun wettelijk toegelaten wordt wat zij moreel verantwoord achten?

Niet-kristelijke humanisten kunnen het kwalijk nemen dat wij de normen welke zij nog willen aanvaarden, louter juridische normen noemen. Het klinkt wat grof. Maar zij mogen bedenken dat recht voor ons nog iets anders is dan een reservaat van minimumeisen: zo ver moogt ge gaan en niet verder. Recht is de uitwendige legalisering van de moraal, en de moraal heeft daar behoefte aan om positief uitgeoefend te kunnen worden. Omgekeerd hebben de niet-kristelijke humanisten meer nodig dan een rechtsbestel: een positieve moraal om zich überhaupt als mensen te kunnen gedragen. En zij mogen het ons niet euvel duiden als wij ons bezorgd maken over de manier waarop zij begrippen als norm, onaantastbaarheid, mysterie liefde, persoon; vrijheid... stuk voor stuk uithollen en de werkelijkheden welke zij voor ons dekken zo bedreigen, dat we eraan gaan twijfelen of er op deze grondslag nog wel een gemeenschappelijke, konkreet menselijke, echt morele verstandhouding mogelijk is, een verstandhouding op een hechter niveau dan dat van de vriendschappelijke of rivaliserende samenwerking aan de oppervlakte. Het moet toch mogelijk zijn dat wij, samen ons bezinnend op het mysterie dat de mens is, een diepere coëxistentiemogelijkheid vinden op echt moreel, algemeen geldend niveau.

Wij hebben het recht de mens lief te hebben zoals wij menen dat hij is. Wij voelen ons bezorgd over de nefaste invloed van een verslapt rechtsbestel op de moraliteit en de beschaving zoals we die zien. Het is helemaal niet zo zeker, integendeel, dat de geschieaenis van de mensheid geïnterpreteerd moet worden als een voortdurend minder in staat zijn om absoluut lief te hebben. Het is helemaal niet zo zeker dat in dit land de morele zin zo geevolueerd is dat de meerderheid of ook maar een groot deel van de bevolking het eens zou zijn met de legalisering van wat enkele theoretici toelaatbaar willen gesteld zien. Een zwakke morele praktijk is nog niet hetzelfde als een veranderde moraal.

Dit neemt niet weg dat wij, kristenen, er af en toe aan moeten herinnerd worden dat de zedelijke ontwikkeling van onze bevolking wel eens anders zou kunnen verlopen dan wij geloven. Hoe men het ook interpreteert, het proces van Luik heeft daarop gewezen. Deze mogelijkheid hoeven we echter niet zonder meer met angst tegemoet te zien. Het is waar dat wij er niet op voorbereid zijn en dat wij terecht zouden komen in een aan ons diepste wezen vreemde wereld. Het rechtsbestel zou voor de publieke moraliteit zoals wij die zien, meer een hindernis dan een hulp worden. Maar enerzijds zou het hier toch steeds gaan om nauwkeurig omschreven wettelijk toelaatbaar gestelde daden waarvan het voor een kristen toch niet moeilijk is te weten dat ze moreel ongeoorloofd blijven; anderzijds zouden wij geroepen worden om meer overtuigde, meer zelfverantwoordelijke kristenen te zijn.

Het is verder goed er af en toe voor gewaarschuwd te worden dat de mogelijkheid van zulk een wijziging in het rechtsbestel uit naam van een mindere moraal, vooral toeneemt in de mate dat onze morele zin en die van onze medemensen verslapt, in de mate dus dat wij onszelf minder inzetten, in de mate dat wij niet speurbaar, niet tastbaar openbaren dat de kristelijke moraal niet alleen moeilijker, maar ook bevrijdender, ja pas echt volledig menselijk is.

(*uit* «*Streven*» *Abstract recht en concrete moraal — pag.* 308-309-310 — *jaargang* XVI — 4 *jan* 1963).

UNTER DEM LEBEN VERSTEHT MANCHER NUR SEIN LEBEN.

Sirius.

De Vlaamse katholieken zijn nu volwassen geworden om te erkennen, dat zij in een «gemengde wereld» leven en dat het dus niet opgaat de eigen strenge moraal juridisch op te leggen aan andersdenkenden? (*cfr. De Standaard; De wetten van Sparta* 12-11-62).
Wat dan te doen tegenover anderdenkenden die in geweten overtuigd zijn dat doden uit medelijden verantwoord is als het gaat om gehandicapte kinderen?

Dit is een delicate kwestie. Vooreerst wil ik U doen opmerken dat het kind van buitenaf veroordeeld wordt zonder dat het zelf geconsulteerd wordt en zonder dat het de kans krijgt om eens zelf te oordelen over de eigen levenssituatie.

Daarna zouden wij moeten nagaan in hoeverre mensen met verschillende ideologische opinie een zin vinden in het leven van gehandicapten, krankzinnigen of misvormden. Ik wil hier twee auteurs citeren: 1) Prof. Dr V. Frankl (Wenen), die tot de Joods gelovige wereld behoort, in «Trotzdem Ja zum Leben sagen», en in «Pathologie des Zeitgeistes (*) (Gnadentod oder Massenmord): «Der *Arzt als Arzt ist also gewiss nicht Richter über Sein und Nichtsein der ihm anvertrauten oder gar sich selbst ihm anvertrauenden kranken Menschen. Es steht ihm daher von vornherein nicht das recht zu — und er dürfte es sich auch niemals anmässen — ein Urteil über den angeblichen Lebenswert oder -unwert angeblich oder tatsächlich unheilbarer Kranker zu fällen*».

In tweede instantie wil ik hier de mening van Jaak Van Praag, voorzitter van het Nederlands Humanistisch Verbond citeren: «de enig menswaardige zin die men aan het leven geven kan is de **belangloze** liefde». Zoniet krijgt men een gemeenschap waar het menselijke uitgeschakeld wordt. Naast deze mening van twee «andersdenkenden» moeten wij laten gelden, dat het rechtstreeks doden van een onschuldige, voor om het even welke levensbeschouwing, het begin betekent van iets waaraan de mens geen einde ziet. Als laatste argument kan men dan tegen de aanhangers van zulke overtuiging zeggen: «Waar zal U belanden? Wie gaat de grens bepalen tussen zogezegd sociaal nuttig en nutteloos leven? Toen in het nazi-regime de euthanasie wettelijk bekrachtigd was en haar uitwerking de beschaafde wereld ergerde, ging ieder akkoord om te zeggen dat de eerbied voor het leven van elke onschuldige de enige waarborg is voor een menswaardige gemeenschap! »

* *Victor E. Frankl;... trotzdem Ja zum leben sagen, Verslag Franz Deuticke, Wien; Victor E. Frankl; Pathologie des Zeitgeistes, Franz Deuticke, Wien).*

Om de wil van het kind te kennen bestaat uiteindelijk slechts één zeker middel: het kind te consulteren. Dit middel kan men helaas niet aanwenden. Wel kan men echter de duizenden tot volwassen en bewust mensdom opgegroeide misvormde geboren kinderen raadplegen en hun de vraag stellen of zij, achteraf bekeken, het leven verkiezen of de dood. Wij geloven dat in percenten uitgedrukt het aantal antwoorden in de ene of de andere zin maar weinig verschil zou vertonen met het aantal antwoorden op een gelijkaardige vraag gesteld aan perfect welgevormde mannen en vrouwen.

(*Frans Van Isacker in Post-scriptium over het Softenon-proces*)
(*De Maand — nr.* 10 — *Kerstmis* 62 *pag.* 624)

*Wanneer men met zekerheid weet dat 1 moeder op 2, nadat ze tijdens de eerste maanden van de zwangerschap een rubeola heeft doorgemaakt, een misvormd kind ter wereld brengt, is dan een therapeutisch abotrus van menselijk standpunt uit, dus in de geest van de andersdenkenden te verdedigen? * In een «gemengde opinie-gemeenschap» en bij de eventuele samenstelling van een deontologische codex. — Welke moet hier de houding zijn van de katholieke artsen? Begrip, compromis of... starre principiële houding? Zou dit laatste dan — in de zin van de wetten van Sparta — een teruggang betekenen naar onvolwassenheid?*

In een gemengde gemeenschap moet U zorgvuldig het onderscheid maken tussen wetten die iets **voorschrijven** en wetten die iets **toelaten**. Daar de wetten voor alle burgers gelden, mogen ze niets voorschrijven wat indruist tegen het geweten van een deel der bevolking. In casu : een wet die in bepaalde gevallen therapeutische abortus **verplichtend** maakt, zou een dwang en een schending betekenen voor het geweten van een katholiek geneesheer. Iets anders is een wet, die in een gemengde gemeenschap iets toelaat, dat strookt met de opvattingen van niet-katholieken doch niet met de katholieke moraal. Zo b.v. in democratische landen, waarin de meerderheid protestants is en dus het gebruik van anticonceptionalia binnen bepaalde grenzen aanvaardt, **laat** de wetgeving de verkoop van anticonceptionele middelen **toe**. En b.v. ook in een land, waarin een meerderheid de **absolute** onverbreekbaarheid van het huwelijk niet aanneemt, stelt de wet hen **in de mogelijkheid** om in bepaalde gevallen tot echtscheiding over te gaan en een nieuw huwelijk aan te gaan. Dat hindert de katholieken niet om hun leer te behouden en te beleven. Sint-Augustinus keurde het wettelijk regelen en dus het toelaten van de prostitutie niet af! Toch verbood hij deze aan de christenen als een erg kwaad. Het volstaat ons vrij onze overtuiging te kunnen en mogen beleven.
Naargelang we meer en meer in een gemengde wereld leven moeten de katholieken steviger gevormd worden om onder de anderen zichzelf te blijven en hun christelijk geweten te bevorderen. Daartoe behoeven we geen wetten die door andersdenkenden als een dwang op hun geweten worden aangevoeld.

---

*
Débat entre:Professor Pierre Burgelin, professeur à la faculté de théologie protestante de l'université de Strasbourg; Jacques Dejouany, secrétaire général adjoint de l'union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés; Professeur Maurice Lamy, professeur à la faculté de médecine de Paris; Révérend Père Riquet, de la Compagnie de Jésus, Mme Dominique Auclères; James de Coquet.

Prof. Maurice Lamy: *Sur un troisième point, je vais me séparer sans doute du père Riquet. Quand une femme enceinte contracte la rubéole au cours des trois premiers mois de sa grossesse, il existe une probabilité importante pour qu'elle donne naissance à un enfant malformé. Ces malformations sont diverses; cécité, maladie du cœur, surdi-mutité. Les opinions divergent sur la fréquence des malformations. Il y a une chance sur deux.*
La loi française est formelle. Elle n'autorise l'avortement que lorsque la grossesse fait courir à la mère un danger mortel. Ici ce n'est pas le cas, le risque est pour l'enfant seul. Devant l'Académie de médecine et le ministère de la Santé, j'ai demandé que la loi fut modifiée, c'est-à-dire que ce ne fut plus un crime d'interrompre une grossessse dans ces conditions. Bien entendu, il faut prendre des précautions rigoureuses, consulter plusieurs médecins dont un assermenté et exiger la rédaction d'un proces-verbal. Bien entendu cet avortement légal ne serait pas obligatoire. On ne voit pas du reste comment il pourrait être imposé. Ce que je demandais, c'est qu'il ne fut plus un crime.

Je disais que Hippocrate nous interdisait de tuer. Notre morale professionnelle ne nous interdit pas d'interrompre une grossesse pour des raisons médicales.

R. P. Riquet: *Hippocrate refusait aussi bien de donner un produit abortif qu'une drogue homicide.*

James de Coquet: *A quel moment la morale chrétienne considère-t-elle qu'on commet un acte contre la vie?*

R. P. Riquet: *Dès que l'on détruit un être humain formé.*

James de Coquet: *Vous le considérez comme formé quand il n'est encore qu'un embryon de quelques millimètres?*

R. P. Riquet: *Tertullien disait: «Tout arbre est dans le fruit».*

Dominiques Aucleres: *C'est la morale de grand-père. L'enfant n'est pas encore un être humain quand il n'est pas conçu.* (*sic*).

R. P. Riquet: *Mais quand il est conçu, c'est un être humain.*

Dominique Aucleres: *Mon père, Dieu qui est bon et qui connait les hommes ne peut pas vouloir leur imposer des épreuves au-dessus de leurs forces. Cette mère qui a porté un enfant et qui constate que cet enfant va au devant d'incalculables souffrances, d'un désastre...*

R. P. Riquet: *M. Dejouany vous a dit que l'on pouvait éviter ce désastre et cette souffrance.*

Pr. Pierre Burgelin: *Si je suis entièrement d'accord avec le réverend père Riquet et le professeur Lamy contre l'ethanasie ou le meurtre d'un enfant après la naissance, du point de vue protestant, nous sommes moins rigoureux pour ce qu'on appelle l'avortement médical. Il y a chez nous moins de rigueur parce que nous ne faisons pas de la casuistique.*

R. P. Riquet: *Je ne fais justement pas de la casuistique.*

Pr. Pierre Burgelin: *Nous laissons à la conscience de chacun beaucoup plus de libertés pour prendre soimême sa responsabilité. Mais je le souligne, notre divergence porte uniquement sur l'enfant qui n'est pas encore né, dans un cas comme celui de rubéole. Ainsi, les Suédois admettent avec des garanties l'avortement thérapeutique.*

Pr. Maurice Lamy: *Laissons ce différend que je crois insoluble.*

(*Le Figaro;* 13-11-62*; Aux quatre coins de l'opinion.*)

LOVE CAN HOPE, WHERE REASON WOULD DESPAIR.

Lyttelton.





Catarrhale aandoeningen van de luchtwegen

Verkoudheden

Liberol Balsem

op basis van plantaardige oliën





- snel verlichting
- de maag wordt ontzien
- geen irritatie van de hui





BORST-BALSEM

voor kinderen en volwassenen

VERIDE

Verpakking : tube à 40 g

RODOLPHE COLES, N. V. DIEGEM (bij Brussel)

Tel. (02) 20.15.00 (gegroepeerde lijnen)

De vertrouwensrelatie

(uit het «Katholiek Artsenblad» — 41e jaargang — december 1962 — pag. 337-343 — auteur niet vernoemd).

Het vertrouwen van de patiënt is eens genoemd «een der hoekstenen waarop het gehele gebouw van het medische werk van de huisarts berust». Openingsrede van de voorzitter v.d. Kon. Ned. Mij. tot bevordering der geneeskunde, ledenkongres 1961. Het beeld spreekt aan. De hoeksteen moet er zijn, maar men kan zich er niet blind op staren als op een geheimzinnig in de lucht zwevend natuurverschijnsel. De hoeksteen steunt op een fundament en de soliditeit van het gehele gebouw hangt niet alleen af van de hoeksteen.

Voor het geneeskundig handelen, niet slechts van de huisarts, maar ook van de specialist, geldt in het algemeen als conditio sine qua non het vertrouwen van de patiënt. In dit verband spreken we van een vertrouwensrelatie en dit woord duidt op wederkerigheid. De arts geeft de patiënt een geneeskundige behandeling voor zover deze hem zijn vertrouwen geeft; de patiënt geeft de arts zijn vertrouwen voor zover deze hem een geneeskundige behandeling geeft.

Onderstaande beschouwingen zijn uiteraard gekleurd door persoonlijk verwerkte ervaringen. Schrijfster, zelf een vrouw, is niet van mening, dat binnen de arts-patiënt-verhouding het man of vrouw zijn van een van beide partijen een wezenlijke betekenis heeft, maar het is duidelijk, dat conflicten, die juist hun oorzaak vinden in een onvolkomenheid van deze verhouding, allicht scherpere contouren zullen ontlenen aan bijkomstige factoren, bijvoorbeeld aan de omstandigheid, dat de arts een man is en de patiënt een vrouw. Waar dus in het volgende sprake zal zijn van «haar», is de bedoeling niet om een absolute tegenstelling te suggereren tussen de mannelijke en de vrouwelijke patiënt en, waar wij «hem» doen optreden in de kwaliteit van arts, houdt dat evenmin een veronachtzaming in van zijn vrouwelijke collega.

Een voorval uit de practijk lijkt geschikt om ons midden in de theorie te voeren. Een betrekkelijk jonge vrouw maakt haar eerste entré op het spreekuur van de huisarts. Haar klachten omschrijft zij zo duidelijk mogelijk: hoofdpijn, snelle vermoeibaarheid, hartkloppingen, transpiratie, werk niet aan kunnen. Geen der symptomen op zich zou voldoende zijn om haar naar de dokter te drijven, maar het komt allemaal bij elkaar en duurt al zo lang. Hoe zou het komen en is er iets aan te doen? Zij eet goed, slaapt voldoende, het huishouden

is druk, maar er zijn tijden geweest, dat ze harder werkte en zich beter voelde. De arts stelt vragen en zij antwoordt eerlijk. Hierna volgt een tamelijk uitgebreid onderzoek dat niet ineens kan worden afgewikkeld. De diagnose is nog onzeker, maar één tip van de sluier wordt alvast opgelicht van achter het bureau: «Ik denk, dat het bij U iets is met de bijnier».

Patiënte, die zich tot op dit ogenblik niet bewust was van het bezit van een bijnier, kijkt er even van op. De dokter is serieus. Zij neemt dus kennis van het feit, dat zij een bijnier heeft en dat zij die mag beschouwen als een potentiële bron van narigheid. De bij haar opwellende vragen, of er soms meer dan één bijnier is, waar dat orgaan zit en wat voor functie het heeft, spreekt ze niet uit, want de dokter is geen docent en hij heeft het druk. Overigens maakt ze zich geen zorgen over een kwaal, die ze niet kent en waarvan nog niet vaststaat, dat ze hem heeft. De toon van de arts is niet verontrustend. Laat hij het maar uitzoeken.

Bij het volgende bezoek hoort ze de uitslag: een beetje bloedarmoede, een beetje te lage bloeddruk en nog meer een beetje. Therapie: injekties voor dit, druppeltjes voor dat... «En de bijnier»? vraagt ze. «Bijnier?» vraagt de arts verbaasd. Dan komt in zijn ogen een bestraffende blik: «Laten we nu geen ziektes zoeken, die er niet zijn, vindt U ook niet? Om te weten hoe het met Uw bijnier is, zou ik Uw urine moeten opsturen naar Keulen». Dit laatste is een mogelijkheid, waar de leek niet zo gauw aan denkt. Intussen is het de patiënte duidelijk, dat de dokter niet meer weet, wie er over de bijnier begonnen is, en het vermoeden rijst bij haar, dat enkele van zijn gezegdes slechts dienen «pour épater les bourgeois».

Zij zwijgt terwille van de goede verstandhouding en omdat zij het geval niet zo belangrijk vindt, maar wordt onwillekeurig iets meer attent op verdere inconsequenties en nonchalances, die niet uitblijven. Zij merkt op, dat deze arts nooit aarzelt, nimmer ook maar de kleinste vergissing toegeeft, liever de ene fout met de andere dekt; dat hij zich bij voorkeur bedient van vaktermen en, wanneer zij zegt, dat ze die niet verstaat, een geringschattende toon aanneemt. Dat laatste irriteert haar. Zij is zelf niet medisch, maar toevallig wel academisch gevormd en zou in staat zijn in haar eigen vakjargon een verhaaltje te vertellen, dat de dokter niet begrijpt. Enerzijds beseft zij wellicht meer dan een ander, hoe ook in het intellectuele beroep vergissen menselijk is en dus onvermijdelijk; anderzijds is onbegrijpelijke taal voor haar geen teken van kundigheid. Zo voegt zich bij de verstandelijke bezwaren een zekere gekwetstheid. «Denkt hij, dat ik zo dom ben om daar in te vliegen?» Dit laatste maakt haar nog critischer. De arts voelt het en vindt haar niet aardig meer, niet «vrouwelijk». Hij tracht het verloren terein terug te winnen door een «mannelijk», dat is tamelijk bruut optreden, wat haar nog meer kwetst.

Waarom blijft de patiënte zwijgen? Omdat zij gewend is haar onmiddellijke impulsen te bedwingen. Zij is zich zeer bewust met een scherp antwoord brokken te kunnen maken tot haar eigen verdriet. «Eerst denken, verwerken en dan pas reageren», is haar als kind reeds geleerd en in de loop der jaren geworden tot een tweede natuur. Het lijkt echter gezeur om bij iemand, wiens tijd doorlopend overbezet is, na een maand terug te komen op een woord, dat hij allang is vergeten. Zij zwijgt dus, maar de dokter stuit meer en meer

op wantrouwen en lijdelijk verzet. Van samenwerking om tot een resultaat te komen is tenslotte nauwelijks nog sprake. Er is een strijd om de macht.
Tot het niet meer gaat. Het moment komt, dat de patiënte alle opgekropte grieven eruit gooit. Hoe luidt het antwoord? «U heeft geen vertrouwen in de medicus».

Een moeilijke patiënte? In zekere zin, ja. Een uitzonderlijk geval? Dat mogen wij hopen. Zeker is het niet het pijnlijkste conflict tussen arts en patiënt, dat wij uit het leven zouden kunnen grijpen.

Nu gaat het niet allereerst om een partijkeuze. Als deze arts heeft gefaald, is zijn ongelijk toch niet evident. Het gaat veeleer om het relativeren van enige gangbare vanzelfsprekendheden.

Een daarvan is, dat het vertrouwen van de patiënt in hoofdzaak neerkomt op sympathie en dat hiermede niet alleen de duurzaamheid van de relatie, maar eveneens voor een groot deel het succes van de therapie staat of valt. Dit is reëel en spreekt inderdaad min of meer vanzelf. Dat in feite deze sympathie veelal overeenkomt met de zinnebeeldige rose bril, valt niet te ontkennen, zelfs niet te betreuren. Er is echter geen algemene indicatie voor een blinddoek. Wij kunnen het ook zo zeggen: een positieve gevoelsinstelling aan weerszijden is voor de vertrouwensrelatie voorwaarde, maar geen basis. Basis is de redelijkheid.

In zijn boekje «Psychologie van het ziekbed» geeft prof. Dr. J. H. van den Berg een even heldere als beknopte uiteenzetting van het contact tussen zieke en dokter (blz. 42-47). Ons treft in dit verband vooral zijn karakterisering van dit contact als «gnostisch» in tegenstelling tot het «pathische» contact, dat de zieke heeft met een vriend, naaste bloedverwant of geliefde. «Wat de zieke werkelijk interesseert van zijn dokter is of hij bekwaam is.» Dit is meer dan alleen theorie; het is de zuivere instelling van de bewust levende patiënt. Hiertegenover kunnen wij een ander citaat plaatsen. Regelrecht uit zijn lange ervaring verklaart een arts: «Van een dokter wil men hebben dat ie aardig is, dat betekent, dat ie vriendelijk en tegemoetkomend is en geen brombeer, geen bullebak, geen norse zwijger. Het gaat er in de eerste plaats niet om of hij knap is, zijn vak goed verstaat, dat kan men toch niet beoordelen...»
(Dr. M. L. Muller «Aan de poort van het leven»). Dit is in vele gevallen practijk en misschien normaal in de zin van het meest voorkomend; in geen geval is het normaal in de zin van overeenkomstig de norm, m.a.w. het is niet zoals het hoort.

Er is ook een waarheid, die in het midden ligt. Een vraag met een ondertoon van angst is in welhaast iedere wachtkamer van tijd tot tijd te beluisteren uit de mond van een nieuw aangekomene: «Is het al een oudere man?» Klaarblijkelijk is de hoop op een bevestigend antwoord gericht.

Vanwaar die voorkeur voor de gevorderde leeftijd? Het is niet zozeer practische ervaring of technische bedrevenheid, die men bij voorbaat in ruimere mate toeschrijft aan de oudere arts, het is in de eerste plaats distantie, een van binnen uit komende rust, een niet spoedig emotioneel betrokken geraken. Van een oudere verwacht men, dat hij, zoals het heet «het leven kent» en, eveneens zoals het heet «er boven staat».

Het zou interessant zijn na te gaan, in hoeverre hier in het onbewuste in meer dan een zin een herleving kan plaatsvinden van het vader-imago, maar dit zou te ver voeren. Zeker is dit: de patiënte hoopt op genezing, maar weet, dat zij die niet in elk geval mag verwachten; zij hoopt echter eveneens, dat degene, die straks met inzet van al zijn bekwaamheid de genezing zal nastreven, in staat zal zijn dit te doen zonder te kwetsen, zonder een bruut ingrijpen in haar persoonlijk bestaan en dit meent zij in elk geval te mogen verwachten van de oudere man.

Het loont de moeite nog even stil te staan bij de strakke onderscheiding van professor van den Berg: «De relatie van arts en zieke is zeker niet gevoelsmatig». Zij schijnt zelfs iedere gevoelsmatigheid uit te sluiten, want «Zozeer is het medische contact gekenmerkt door het gnostische karakter, dat het voor veel artsen onmogelijk is hun beroep met dezelfde rust uit te oefenen bij die zieken, met wie een pathische relatie bestaat. Tegelijk vriend en arts zijn is voor velen al moeilijk, tegelijk zoon of vader zijn en arts nog aanmerkelijk moeilijker; tegelijk minnaar en arts zijn is onmogelijk.

Hier rijst dan een vraag:Kan dan niet een liefhebbende echtgenoot de bevalling leiden van zijn vrouw zonder daarbij te vergeten wie zij is? Even tevoren heeft de auteur, wijzend op de gevaren van anatomische kennis voor «het gezond- en direkt-menselijke» gezegd «De kinderarts kan vader zijn, de gynaecoloog echtgenoot en dit spreekt niet vanzelf».

Het gevaar, dat een grondige kennis van het puur lichamelijke schade zou toebrengen aan de vitale liefde voor het eigen kind, staat schrijfster niet helder voor de geest, maar zij is dan ook moeder en geen vader. Voor het verenigen van gynaecologische kennis en ervaring met echtelijke liefde moet zeker het primair-vanzelf-sprekende worden overstegen. Het kan immers niet blijven bij een combinatie, het zal een verbondenheid moeten worden. Maar is de creatieve verbinding van waarden op hoog niveau niet kenmerk van een echt menselijke volwassenheid, zij het ten koste van gevaren, te bereiken per se worden voorbehouden aan vakmedici?

In het algemeen en in «gewone» omstandigheden dienen echter gnosische contacten scherp van pathische te worden afgebakend; dan zullen zij elkander niet schaden, ook al mochten zij toevalligerwijs optreden tussen dezelfde personen.

Tenslotte herkennen wij het subtiele taalgevoel van de geboren psycholoog, waar de hooggeleerde schrijver de vertrouwdheid van de arts met de zieke onderscheidt van een vertrouwelijkheid, die er niet hoort te zijn. De echte dokter verstaat het om door te dringen tot het meest eigene van de zieke mens als vertrouwde zonder vertrouwelijk te worden.

Keren wij terug tot de hierboven ten tonele gevoerde patiënte. De lezer vermoedt reeds, dat haar klachten overwegend psychogeen zijn, (Met de term «psychogeen» is niets anders bedoeld dan dat een psychische stoornis oorzaak is van de lichamelijke klacht. We laten in het midden, of de psychische stoornis zelf overwegend psychogeen dan wel sociogeen bepaald is.) en dit moet ook de gedachte zijn geweest van de geconsulteerde arts. Geeft dit hem nu het recht om de basis van redelijkheid los te maken en patiënte te zien als een ge-

voelig instrument, dat vóór alles dient te worden «bespeeld». Is het wel zeker dat zij dit niet zal merken? Is het zeker, dat zij tevreden zal zijn met iedere medicijn, als er maar aan haar wordt gedokterd? Is het zo zeker, dat ze het niet zal voelen als een belediging om te worden behandeld als een ding, waarvan zekere eigenschappen, zoals sensibiliteit en suggestibiliteit, kunnen worden «benut»?

Als een ding. Deze aan de existentiefilosofie ontleende formulering geeft treffend weer, hoe een doodgewone patiënt het kan voelen. Zijn of haar verzet richt zich niet tegen die persoonlijke invloed, die de geneesheer op gewetensvolle wijze, al of niet bewust, aanwendt ten bate van de lijdende mens om deze mens meer mens te maken, maar tegen de pseudo-tact of de overrrompelingstecknik van hem, die deze toepast ter versterking van het eigen zelfgevoel of omdat het zo gemakkelijk is.

Juist wie de eigen suggestibiliteit aanvaardt als een niet te weerspreken feit, moet noodzakelijkerwijs kritisch staan tegenover degene, die van deze algemeen menselijke eigenschap zo licht misbruik zou kunnen maken. Deze critiek is zeker niet bij voorbaat negatief; is eenmaal duidelijk, dat geen enkel misbruik valt te vrezen, hetgeen men ten dele, maar niet uitsluitend intuïtief «weet», dan is de weg gebaand voor een vrije, immers bewuste overgave. Is «moeten overgeven» niet een contradictio in terminis.

De man van de practijk heeft wellicht zijn schouders opgehaald. «Een beetje vertoon hoort toch bij de geneeskunst? Wie verwacht nu van een patiënt, nog wel een vrouw, dat zij niet zo vriendelijk is zich daardoor te laten imponeren?» De zelden uitgesproken, maar des te vaker voelbaar gemaakte gedachte «nog wel een vrouw» is geschikt om de meest onaangename, extreemfeministische sentimenten in het leven te roepen, maar we willen het objectieve zicht niet verliezen en geven het woord aan een arts, die in alle ernst deze patiënte als patiënt in gebreke meent te moeten stellen. Zijn redenering luidt ongeveer aldus: «Haar gehele instelling was a priori verkeerd. De patiënt moet uitgaan van de onomstotelijke meerderheid van de dokter, nimmer diens doen en laten, uitspraken en voorschriften toetsen aan het eigen verstand. De patiënt heeft het eigen verstand eenvoudig thuis te laten om zich voor eens en voor altijd over te geven. Kan deze patiënt dat niet? Dat is abnormaal. Gelukkig komen zulke patiënten weinig voor».

Tegen een gevestigde overtuiging baat geen argument. Tegen de zojuist aangehaalde overtuiging baat a fortiori geen argument van iemand, die zelf behoort tot de categorie, aan wie juist krachtens deze overtuiging het denken is ontzegd. De tegenwerping, dat iemand patiënt is van beroep, zal weinig indruk maken. We mogen slechts hopen, dat de rollen eens zullen worden omgewisseld en de medicus, die dit standpunt huldigt, de andere plaats zal innemen. Waar de eigen gezondheid in het geding is, zal wellicht meer begrip dagen van het wezen van de gezondheid. Professor Buytendijk zegt: «Gezond is, wat groeien en bloeien zal, wat vrij zijn weg kan gaan, wat iets vruchtbaars en goeds oproept, wat zich ontwikkelen kan, wat cultuur en welvaart bevordert of de voorwaarde tot een rijke levensontplooiing meebrengt.»

Kan men de gezondheid dienen met de afbraak van de oordeelsfunctie?

Meer aandacht verdient de mening, volgens welke in een geval als dit de arts

een andere weg moet bewandelen, die met een gebruikelijke term heet: «het aangrijpen van de werkelijke oorzaak».

Een vrouwenarts, die voor een rubriek van een populair maandblad put uit de eigen leerrijke ondervinding, beschrijft, hoe van tijd tot tijd patiënten op het spreekuur komen met lichamelijke klachten, waarvoor na nauwkeurig onderzoek geen organische oorzaak is aan te wijzen. Hij vervolgt «... en dus verwissel je automatisch en figuurlijk de bureaustoel voor een praatstoel...», waarna de werkelijke oorzaak uit de doeken komt. Het signaleren van deze oorzaak en het wijzen op mogelijkheden ter verbetering, voor zover dat in zijn positie mogelijk is, rekent hij tot zijn taak.

Met alle respect voor deze vrouwenarts en zijn onschatbare daadwerkelijke hulp wagen wij toch een ondeugende vraag ten einde dat «en dus» op een glooiende helling te zetten. Hoe zou het de dokter zelf te moede zijn, wanneer hij op een kwade dag, door hevige inwendige pijnen gekweld, zijn toevlucht zou nemen tot een collega en deze na onderzoek zegt: «Ik kan niets vinden, maar... hoe is de verstandhouding met je schoonmoeder?»

(Schrijfster haast zich hieraan toe te voegen dat zij noch de vrouwenarts in kwestie, noch diens eventuele schoonmoeder persoonlijk kent).

Wie de vinger van het vertrouwen noodgedwongen toesteekt, hoopt niet altijd, dat de gehele hand zal worden genomen.

Zeker, de arts zal niet al zijn patiënten scheren over dezelfde kam, maar zijn mensenkennis kan falen. De vrouw tegenover hem kan een zachtmoedige, nederige indruk maken, maar dat houdt niet in, dat het superieure inzicht en hogere I.Q. van de man in de witte jas voor haar als een paal boven water staat. Dat dit voor hem blijkbaar wel zo is, dat hij meent problemen, die zij zelf misschien al jaren lang van alle kanten heeft bezien, in een enkel consult te kunnen opklaren, zou haar wel eens pijnlijk kunnen verwonderen.

Een dergelijk gesprek kan een ogenblikkelijke verlichting geven, een ogenschijnlijke bevrijding van latente spanningen, maar het zou wel eens kunnen zijn, dat de bezinning na afloop op een al te vlotte analyse en daarop aansluitende resolute aanwijzingen de patiënt nog verder terugdringen in de eenzaamheid van de eigen situatie, die nu eenmaal niet de situatie is van de arts.

Het feit dat er overmatige spanningen zijn, betekent nog niet, dat men bereid is er over te spreken; het feit, dat men erover spreekt, betekent nog niet, dat men raad verwacht of zelfs maar hoopt te krijgen. De spanningen, die men niet langer aan kan, kunnen eenvoudig breken, zodat men zich uit bij de meest gerede vertrouwenspersoon, die wil luisteren en gebonden is aan beroepsgeheim. Dit heeft niets van doen met vrije overgave.

Maar ook waar het geen vraag kan zijn aan welke zijde de weegschaal overslaat van het intellect in de ruimste zin, mag het toch wel een vraag zijn, of hetgeen dr. Trimbos in ander verband noemt «de discriminatie tussen de weters, de wijzen, de verantwoordelijken, die voorlichten enerzijds en de niet-weters de zwakken, de geleiden, de onmondige kudde, die voorgelicht moet worden anderzijds» nog van deze tijd is, m.a.w. nog vanzelf spreekt.

Kortom: bij psychosomatische klachten is het de arts zelden gegeven de werkelijke oorzaak aan te grijpen, want deze oorzaak ligt meestal buiten zijn bereik.

Hoe moet het dan? Een voorbeeld van de ideale arts, zijn wijze van optreden, zijn levenswijze en zijn houding tegenover psychosomatische klachten staat schrijfster voor de geest en het wordt tijd, dat zij dit beeld in grote lijnen tekent. Dit uiteraard onder het motto: «C'est à prendre ou à laisser». Aan deze zijde is immers geen sprake van enig overwicht of autoriteit. Iedere lezer zal dit beeld naar eigen inzicht beoordelen op de objectieve waarde.

De ideale arts dan heeft een uitgesproken belangstelling voor de medische wetenschap. De vakliteratuur boeit hem en het bijhouden ervan is hem veel meer dan een plicht, hetgeen natuurlijk niet wil zeggen, dat hij er voldoende tijd voor heeft en op zijn terrein alles weet.

De patiënt vertegenwoordigt voor hem een geval, waarop hij het geleerde mag toepassen. Met de persoon zodanig, hoezeer hem die ook zou kunnen interesseren, heeft hij geen bemoeienis. Hij zal iedere schijn van vertrouwelijkheid vermijden en volwassen patiënten, die hij slechts in zijn functie van arts kent, nimmer tutoyeren.
«Maar de patiënte wil toch niet worden behandeld als een nummer?» Dit is nu precies, wat zij, vaak onder de schijn van het tegendeel, eigenlijk wel wil. Zij weet, dat zij voor de arts een nummer moet zijn, niet meer en niet minder dan een ziektegeval. Zij wil niet, dat hij verwachtingen bij haar oproept, waaraan hij niet zal kunnen en niet eens zou mogen voldoen. Zij wil, dat hij haar persoon in de volle zin intact laat (onaangeroerd en integer).

De ideale arts doet deze persoon alle recht wedervaren, die hij voor zijn eigen persoon zou opeisen. Daardoor krijgt het zakelijke contact nooit iets onmenselijks. De beperking ervan tot het ziektegeval verdraagt zich uitstekend met een enkele vraag of praatje over een ander onderwerp. Op huisbezoek zal de ideale arts niet principieel ieder kopje thee weigeren. Slechts tijdnood kan hem weerhouden van de vriendelijkheid, die een goede bekende past en waarvan juist de contrasterende oppervlakkigheid de ware aard van de onderlinge verhouding acsentueert.

Degene, die te veel beslag dreigt te leggen op zijn tijd, wijst hij terecht met een enkel woord, maar de patiënte, die opzettelijk een voorschrift saboteert, krijgt niet de terechtwijzing, waarop zij wellicht hoopt. Hij zal zo lang mogelijk veinzen deze sabotage niet op te merken. Eerst wanneer de behandeling hem onmogelijk wordt gemaakt verbreekt hij van zijn kant de relatie, zonder enig misbaar.
Hij zorgt dat de confidentiële aard van de relatie beperkt blijft tot de medische aangelegenheid. Tegenover persoonlijke confidenties staat hij huiverig. Is het niet mogelijk deze te negeren, dan bepaalt hij zijn antwoord tot een vage algemeenheid of een enkel woord, dat wijst op de normale verhouding tussen dokter en patiënt. Is de laatste een goed verstaander, dan kan dat laatste woord ook een grapje zijn. Nooit komt hij bij een volgende gelegenheid terug op een onderhoud, dat deze richting insloeg.

Algemeen bekend is de psychologische betekenis van de witte jas. De ideale arts houdt dit practische en symbolische kledingstuk als zodanig in ere, maar verbeeldt zich niet, dat alleen het aantrekken ervan voldoende is om hem boven al het menselijke te verheffen. Zijn medisch-ethisch besef beschouwt hij niet als een definitieve verworvenheid. Hij houdt dit besef levend en dit kost hem

evenzeer inspanning als het medische werk op zich, al wordt de «doktershouding» zeker na korte of lange tijd tot een tweede natuur, zodat hij binnen zijn functie niet meer anders dan ethisch kan handelen. «Spreekt het niet vanzelf, dat de arts zich niet laat gaan tegenover zijn patiënte, die hij in het verband van de medische situatie ontmoet en aanziet op de wijze waarop zijn medische-ethische vorming hem een patiënt leerde zien?» vraagt professor Buytendijk in een rede over de «Ontmoeting der sexen». De doktershouding spreekt vanzelf, gaat ook vanzelf, maar er moet voor worden betaald. De arts moet in de ruimste zin «payer de sa personne», al doet hij dit gelukkig vrijwel altijd onbewust. De ideale arts trekt de konsequenties en neemt geregeld de tijd om gewoon mens te zijn en geen dokter. Hij houdt liefst vele en lange vacanties, waarin de pathische contacten hoogtij vieren. Men zou hem echter te kort doen door in dit laatste niets anders te zien dan een hygiënische maatregel om niet overspannen te geraken. Het gaat de ideale arts als ieder goed mens om een samenhang van waarden, die gezond is in de door professor Buytendijk omschreven zin.
Hij is niet eerzuchtig. Een genezing is hem oneindig meer waard dan een officiële erkenning van zijn verdiensten. Hij voelt zich in beginsel vrijgesteld van de strijd om het bestaan en weet, dat hij eigenlijk geen materiële zorgen mag hebben.
Hij weet zeer goed, wat hij waard is, en kan zich dus veroorloven om iedere patiënt te behandelen op een zekere voet van gelijkheid. Hij legt de volle nadruk op het gemeenschappelijke doel, de genezing, en zegt liever: «wij moeten» dan «U moet». Hij geeft uitleg voor zover de patiënt er prijs op stelt en zijn tijd het toelaat. De meerderheid, die vanzelfsprekend voortvloeit uit zijn deskundigheid op eigen terrein, maakt hij in alle eenvoud waar zonder deze ergens te beklemtonen.
Hij eist geen vertrouwen, maar wekt vertrouwen, zoals hij ook dankbaarheid wekt. Ieder blijk van vertrouwen of echte dankbaarheid is voor hem een verrassing, waarmee hij eerder verlegen is dan gevleid.
Er gaat van hem uit, de rust van het weten en van het aanvaarden, maar hij doet zijn temperament niet meer geweld aan dan nodig is. Alleen in noodgevallen ligt op de drempel van de huiskamer de grens van zijn bijna grenzeloos geduld.
Hij is bescheiden. Staat eenmaal vast, dat geen organisch gebrek verantwoordelijk is te stellen voor de niettemin reële klachten van een patiënt, dan stelt hij eenvoudig in voor laatstgenoemde begrijpelijke termen de diagnose «psychogeen». Hij vraagt niet en polst niet, wat haar nu eigenlijk dwars zit. (Om niet te verzanden in grauwe theorie houden wij het bij het voorbeeld van de vrouwelijke patiënt). Hij laat aan haar over, of ze er iets aan zal doen, en geeft te kennen, dat hiermede zijn taak is volbracht. Patiënte kan nu verdwijnen. Zij kan ook vragen om verwijzing naar een psychotherapeutische instantie. Zij kan tenslotte uitdrukkelijk de wens te kennen geven om verder te worden geholpen door hem en door niemand anders. Dit kan de arts weigeren, echter niet zonder even te zeggen waarom. Hij kan geen tijd hebben; hij kan zichzelf niet de juiste man vinden. Hij kan ook op het verzoek ingaan, maar als ideale arts doet hij dit met de grootst mogelijke reserve en zonder vertoon van ook maar het minste enthousiasme.

Belt patiënte op om een afspraak te maken, dan klinkt zijn stem neutraal. Hij kijkt in zijn agenda en noemt dag en uur. Of hij zich al of niet verheugt op haar komst, gaat haar niet aan.

Zij weet, dat zij hem last bezorgt, maar mag niet de indruk krijgen, dat het overlast is; evenmin mag zij de indruk krijgen, dat zij op andere patiënten een streepje voor heeft. In beide gevallen zouden haar gewetensconflicten wel eens met een kunnen worden vermeerderd. Zij mag ook niet de indruk krijgen, dat de arts voornemens is van dit nummer een succesnummer te maken tot zijn eigen eer en glorie.

Is het gesprek over de «werkelijke oorzaak» eenmaal een feit, dan is de toon ervan voor de ideale arts geen probleem. Een onjuiste opvatting, een verkeerde geestelijke instelling constateert hij op dezelfde wijze als een verhoogde bloeddruk, dat wil niet zeggen ongeïnteresseerd of onbewogen. Hij wordt nooit boos op de patiënte, beklaagt haar nooit, prijst haar nooit, maar de objektieve ernst van hetgeen ter sprake komt vindt weerklank in stem en houding. Algemeen menselijke waarden, die ook hem dierbaar zijn, verdedigt hij en hier past bewogendheid, mits deze echt is.

Van concrete adviezen buiten zijn eigen terrein onthoudt hij zich zoveel mogelijk. Hij vergeet nimmer, dat de oplossing van zielsconflicten een taak is voor degene, die ze heeft.

Het buiten de gewone orde vallende gesprek eindigt niet met een afspraak voor een volgende keer. Het initiatief voor deze vorm van contact moet telkens opnieuw uitgaan van de patiënte, die zich aan de voortzetting ervan op geen enkele wijze verbonden mag voelen.

Ook in het enkele geval, waarin de vertrouwensrelatie zelf is geworden tot een persoonlijk probleem, zal de ideale arts dit behandelen op onpersoonlijke wijze.

Het is duidelijk, dat wij hier het oog hebben op de huisarts en de specialist in het algemeen, niet direct op de psychiater. De laatste doet zich uiteraard konfronteren met de oorzaak van het psychomatisch lijden; daar is deze vertrouwensrelatie immers om begonnen. Hoe ook hier de therapie een zakelijk karakter kan en bijgevolg moet hebben; hoe de eenmaal geschonden vrijheid van de persoon zal worden ontzien en zo mogelijk hersteld tot een oorspronkelijke gaafheid; hoe hierbij moet worden voorkomen, dat de faktoren, die deze vrijheid hebben belemmerd, slechts worden vervangen door een nieuwe, namelijk de persoonlijke binding aan de geneesheer; hoe deze juist een bereidheid tot absolute overgave zal zien en behandelen als symptoom van de te genezen ziekte, dit zijn vragen, waarvan de beantwoording de competentie van schrijfster verre te boven gaan en die buiten het kader vallen van dit betoog.

Voor de huisarts echter klinken de woorden van professor Buytendijk:

a) «Ik ben van mening, dat de huisarts beslist een grondige kennis van de psychodiagnostiek, psychotherapie en vooral van de neurosenleer en dieptepsychologie moet bezitten.

Zomin echter als de chirurgische opleiding aan de universiteiten de bedoeling heeft om de arts als een chirurg in klein formaat te maken, evenmin kan men

verlangen, dat de huisarts een miniatuur-psychiater zal zijn. Ook al zou hij de tijd kunnen vinden om bij een klein aantal van zijn patiënten een (verkorte) psychotherapie in een of andere vorm toe te passen, toch zou dit *niet wenselijk* en zelfs *onmogelijk* zijn.

Ongewenst, omdat de huisarts geen psychiater mag zijn en dus niet op een psychiatrische wijze zijn patiënt mag ontmoeten; onmogelijk, omdat de patiënt de huisarts niet als psychiater roept en hem zelfs in de regel niet als zodanig zou wensen te ontvangen. De persoonlijke opgave van de moderne huisarts is het, om — mede op grond van psychodiagnostische kennis — een helder inzicht in het strikte individuele bestaan van zijn patiënt te verkrijgen, een inzicht in zijn geschiedenis, levensomstandigheden, ethisch-religieus ontwerp, liefdeleven, toekomstverwachtingen, enz. en op grond van dit inzicht zijn beslissingen te nemen, zijn relatie met de patiënt te ontwikkelen. Dan zal dit inzicht bij de huisarts het klassieke ethos van de geneeskunde versterken en daardoor zal het psychologisch beeld van de moderne medicus de trekken blijven vertonen, die wij in de wijze oude dokter aantroffen en waardeerden.

... Nog steeds is de medicus «l'homme honnête», die bij alle relativisme, scepsis, compromis, wetenschappelijke distantie zwijgend de *eerbied* bewaart voor natuur en geest, voor het *geheim* van ziekte en lijden».

b) Hoezeer ook als altijd aangesproken door het woord van de grote denker, die van de huisarts verlangt, dat hij zowel ziet als ontziet, heeft schrijfster toch, met het oog op het practisch realiseerbare, gemeend minder acsent te moeten leggen op het zien en meer op het ontzien. Zij is zich zeer bewust hierbij te zijn uitgegaan van een subjectieve instelling en overtuiging, waarvan niet louter door het geschreven woord kan worden medegedeeld.

Tenslotte blijft de vertrouwensrelatie een bij uitstek menselijke relatie, die ook als zodanig een zeer positieve betekenis kan hebben. De basis van redelijkheid, waarbij men onder bewuste uitschakeling van ieder bijmotief weet, wat men aan elkaar heeft, het gemeenschappelijk aanvaarden van de feiten en de ernst van de situatie houden de ontmoeting van de arts en patiënt op een niveau boven het alledaagse. Binnen deze ontmoeting is geen plaats voor ijdelheid, voor het onechte, wel voor die humor, die de ernst niet schaadt, maar die het subjectief beleefde objectiveert en relativeert.

De nog net niet overwerkte medicus, die nog net niet is opgehouden met lezen, maar wie de schrik allang om het hart is geslagen, moge bedenken, dat het te doen is om de geest en niet om de letter, om de ethische achtergrond en niet om de individuele stijl, om de grote lijn en niet om de incidentele afwijking en dat ook aan gene zijde van het bureau wel eens iets wordt vergeven en vergeten.

Dit stuk zou niet zijn geschreven zonder negatieve ondervindingen, maar deze zijn het niet, die er de eigenlijke grondslag van vormen. Rancune en verbittering zouden al bijzonder slechte drijfveren zijn voor het leveren van een bijdrage als deze, die juist distantie beoogt.

Al het hierboven geschrevene is geïnspireerd door dankbaarheid. Dankbaarheid jegens artsen, die het in de laatste plaats op prijs zouden stellen om met name te worden genoemd; kundige artsen, die, terwijl ze zich telkens opnieuw in belangloze toewijding richten op een ziektegeval, de persoon van de patiënt sparen, vasthoudend door vele positieve prestaties en schitterende successen heen aan dat zo ten onrechte vanzelfsprekend klinkende medische grondbeginsel, het Nil Nocere.

LITERATUUR:

Prof. Dr F. J. J. Buytendijk: «Psychologie van de huisarts» (R.K. Artsenblad, dec. 1951; «Ontmoeting der seksen» (Het spectrum); «Het verband tussen de maatschappelijke rangorde der waarden en gezondheid» (Serie Geestelijke Volksgezondheid, brochure nr 21, Het Spectrum).

Prof. Dr J. H. van den Berg «Psychologie van het ziekbed» (G. F. Callenbach N.V. Nijkerk).

Dr C. J. B. J. Trimbos «Voorlichting en mentaliteit» (Serie Geestelijke Volksgezondheid, brochure nr 16, Het Spectrum).

Dr M. L. Muller «Aan de poort van het leven» (Zwarte Beertjes, 334).

Een niet-onbelangrijke groep — zowel wegens hun kwaliteit als hun kwantiteit — vertonen inzake lekenverantwoordelijkheid typische rijpingsverschijnselen, waarin de kern der christelijke volwassenheid nog omfloersd wordt door een zekere onevenwichtige manier van reageren. Hun reacties uiten zich vaak in een heftig **j'accuse**, *waarin opbouwende kritiek wel bedoeld is maar in feite niet aan bod komt. Ook willen zij op eigen houtje hun taak als leek ontdekken, ze wensen hierin geen raad — wat inderdaad nogal paternalistisch klinkt — of beter geen gesprek met de geestelijke of theoloog. Ze zijn er op uit een open houding op de wereld te demonstreren en in feite sluiten ze zich door categorieke apriorismen voor de binnenkerkelijke gesprekspartner, die hen eerlijk tegemoet treedt. Zij beseffen nog onvoldoende dat zij in de Kerk tot waarachtige gemeenschap moeten groeien, ook met hiërarchie en priesters. Zij zijn de binnenkerkelijke auticlericalen die op het vlak van de godsdienstpraktijken het doorgaans zeer goed doen, maar nog niet tot sereniteit zijn gekomen ten overstaan van verscheidene uitingen van katholiek leven. Dit binnenkerkelijk anticlericalisme is een typisch Vlaams verschijnsel, dat wij in het Waals landsgegedeelte heel wat minder aantreffen. De oorzaak ligt waarschijnlijk in de typisch Vlaams katholieke machtspositie in politieke, sociale en culturele structuren, juist dus op specifiek terrein, waartegen ze reageren.*

De Vlaamse volksaard is meer op het practische en actieve dan op het speculatieve afgestemd. Dit is ongetwijfeld de verklaring dat op het stuk van beroepsspiritualiteit vele leken hun arbeid beleven in de lijn van het vermenselijken en verchristelijken van de scheppingsorde, doch er weinig over schrijven.
Artikelen over beroepsspiritualiteit zijn schaars.

(*De leek in Vlaanderen; Kan. J. Ghoos*
uit «De Kerk in Vlaanderen»
pag. 191-192 — *Uitg. LANNOO - Tielt*).

negatief en positief beroepsgeweten

Voor een katholiek is het niet genoeg een deftig mens te zijn, niemand kwaad te doen en veel goed te doen. Daarin kan hij soms door een ongelovige overtroffen worden.

Kan. L. De Backer

De mens kan als persoon zijn levensopgave maar vervullen indien hij zich openstelt op de wereld en de anderen. Hij zal maar echt zichzelf worden, wanneer hij door zijn vrijheid de wereld omvormt en zich inzet voor de opbouw van de gemeenschap. Hij groeit naar volwassenheid wanneer hij zich kan geven en inzetten voor de anderen. Hij is immers geschapen «naar Gods beeld en gelijkenis». God is Liefde. Zijn wezen wordt getypeerd door kreatieve vrijheid, die waarden schept. Naar Gods beeld geschapen is de mens juist dan zichzelf, wanneer hij zich niet opsluit in zichzelf, maar vrij waarden schept ten bate van anderen. Hierin ligt de oplossing van zijn drang naar levensontplooiing: het zinvol beleven van zijn «zijn tot de anderen», open staan op de wereld en de anderen.

Vooreerst bouwt de mens zijn persoonlijkheid uit door het kontakt met de stoffelijke wereld. Het kristendom geeft de mens opdracht de stoffelijke wereld dienstbaar te maken aan de mens. Hier zien we de zin van de arbeid: door het kontakt met de stoffelijke wereld bouwt de mens zijn persoonlijkheid uit. Hij moet observeren, nadenken, zoeken, stelling nemen, zich vrij inzetten, zich liefdevol toewijden, zin en betekenis geven aan zijn handelen. Deze beheersing van de stoffelijke wereld leidt tot bevrijding of slavernij. Alles hangt af van de geest van de mens die de techniek beheerst.

Er is ten tweede het kontakt met andere personen: deze staan niet ten mijnen dienste, maar moeten ook zichzelf worden. De liefde bestaat er in de anderen te helpen bij het uitbouwen en verrijken van hun persoonlijkheid. Ook het lijden kan voor de persoon «loutering» zijn. In dit perspektief moeten wij de persoon eerbiedigen en beminnen, ook in zijn lichamelijkheid.

De mens heeft ten derde kontakt met de gemeenschap. Openheid betekent dat ieder volgens eigen mogelijkheden bijdraagt tot de uitbouw van de mensengemeenschap, om aldus uiteindelijk zijn eigen persoonlijkheid te ontplooien.

Deze beschouwingen kunnen door de meesten aanvaard worden. Maar het kontakt met God (ten vierde) geeft

tenslotte de laatste zin aan de ontplooiing van de persoonlijkheid en de gemeenschap. Hier scheiden zich van ons de linkse eksistentialisten die met M. Heidegger het «Dasein zum Tode» aanvaarden en met J.P. Sartre de mens «une passion inutile» noemen. De kristelijk georiënteerde Gabriel Marcel heeft ook de angst gekend in het ongeloof, maar na de ontdekking van de Kerk als Woord of Boodschap van God, de enige die het mysterie van ons aardse leven overschrijdt, noemt hij het menselijk bestaan «une vocation».

De mens heeft een persoonlijke roeping of zending in het leven. Zijn «beroep» zal dan bestaan in de steeds te verwerven kennis, vaardigheid en toewijding waarmee hij zijn roeping in de praktijk vervult. Welke diensten bewijst de geneesheer aan de anderen? Mgr. Fougerat noemt de geneesheren in zijn betoog van 1958 (zie St-Lucasblad 1958 nr 6): «de verantwoordelijken voor de gezondheid van de mensen ten overstaan van God.» Hij ontwikkelt zijn betoog: 1e) God is de Schepper van de mens. Deze is het meesterwerk van Gods schepping. Hij is persoon, geestelijk wezen maar levend in een lichaam dat verbonden is met het stoffelijk universum. Steeds moet de mens, ook in zijn lichamelijkheid, zijn geestelijk wezen eerbiedigen. 2e) Die God maakt van de mens zijn zoon in Kristus. De geneesheer verzorgt het lichaam van een kind Gods, erfgenaam van de verrijzenis en de glorie van Kristus. 3e) De geneesheer verzorgt mensen die zondaars en soms zwakkelingen zijn, maar verlosten! Hij komt in intieme aanraking met het probleem van het kwaad, van het lijden, van de dood. Deze krijgen hun nieuwe zin in het licht van de incarnatie en de verlossing door Kristus. De geneesheer is werktuig van Gods bevrijdende liefde. Lichaam en ziel genezen vaak te samen. Het mysterie van lijden en kruis moet, ook door bemiddeling van de geneesheer, de zieke bevrijdend leiden naar het Leven, waar zonde en dood overwonnen zijn. 4e) Het geneeskundig beroep wordt gekonfronteerd met de menselijke natuur en de wetten van het natuurrecht. Zo komt de geneesheer te staan in de strijd om de rechten van de menselijke persoon om die te verzoenen met de eisen van sociale aard.

Zeereerwaarde Pater Snoeck S.J. sprak in dezelfde zin op de St-Lucasdag te Leuven, op 6 mei 1954 (zie St-Lucasblad 1954 nr 4): «Dokters, gij zijt in zekere zin verlossers. Het mag dan ook niet zonder reden zijn dat de verlosser op aarde de dorpen van Palestina is rondgegaan als geneesheer. De medische akt die gij nu weldra zult stellen, reikt ver boven de techniek die gij, God zij dank, in zo ruime mate hebt aangeworven. Uw medisch ingrijpen beweegt zich altijd op een of andere wijze rond de diepere levensproblemen van uw patiënt. Langs de lichamelijke zorg om verlost gij in hem het leven van banden die het in ziekte en gebrek omknellen. Dan is het ook best te begrijpen dat onze Verlosser, die in zijn liefde de mens is komen bevrijden van de banden van de zonde en die gekomen is opdat wij het leven zouden hebben en dit overvloedig zouden hebben, zijn genade heeft geschonken in zovele genezingen van zieken en gebrekkigen. De kristelijke naastenliefde is in ieder kristen een participatie van deze verlossende liefde van Kristus. Het is dus niet louter met uw techniek dat gij uw patiënten tegemoet zult gaan, het is niet met uw goed hart alleen, ook niet met uw menslievendheid alleen, doch met uw kristelijke caritas, die in de leniging van ieder lichamelijke kwaal, meer leven, geheel het Leven zou willen mededelen. Hoe intenser gij zelf met heel uw technische vaardigheid op het Leven ingesteld zijt, hoe dieper gij geënt zult zijn op Kristus, hoe edeler gij ook uw verheven beroep zult kunnen uitoefenen.»

Dokter Herman Vanhove betoogde in 1956 (St-Lucasblad 1956 nr 3: Verantwoordelijkheden van de geneesheer): 1°) de geneesheer moet zich bewust zijn van zijn zending, de lijdende mens te dienen. Dat bevat een ernstige en strenge wetenschappelijke voorbereiding en vorming van de geneesheer. (Dr. Vanhove weidt uit over de noodzakelijkheid van de specialisatie die op hare beurt een gewetensvolle samenwerking tussen de geneesheren opvordert. Slechts diegenen zijn

goede geneesheren, die spijts hun specialisatie de gehele mens, de mens in zijn eenheid, in zijn gansheid blijven zien). De wetenschappelijke vorming moet ook post-universitair voortgezet worden. De geneesheer moet zich door studie in boeken en tijdschriften, in wetenschappelijke vergaderingen, de jongste wetenschappelijke aanwinsten eigen maken en nieuwe technieken aanleren. (Tenslotte bespreekt Dr. Vanhove de psychologische inzichten die de geneesheer moet verwerven, meestal door de ervaring, indien hij leert luisteren en observeren). 2°) een tweede verantwoordelijkheid van de geneesheer: hij moet de menselijke persoon en zijn rechten eerbiedigen. Het eerste recht van de mens is het recht op leven. De geneesheer heeft tot zending dat leven te beschermen, te beveiligen, te redden. Tweede recht van elk mens: als mens behandeld te worden, afgezien van alle verschil van rang of staat in de gemeenschap. Derde recht: op diskretie, beroepsgeheim. De persoonlijke geneeskunde staat of valt met het beroepsgeheim. 3°) Derde verantwoordelijkheid: op sociaal gebied. De mens heeft recht op totale gezondheidszorg. Dit brengt ook voor de geneesheer belangrijke verplichtingen mee. De geneesheer moet, waar het nodig is, samenwerken met openbare instanties die een verzekering tegen ziekte moeten tot stand brengen (de Staat en verzekeringsorganismen). De zieke moet zijn volledige verzorging ontvangen. Daartoe moet de geneesheer samenwerken met de beoefenaars van de andere geneeskundige beroepen. Dr. Vanhove besluit met een woord van Prof. Van Gehuchten: «Prof. Sergent heeft ooit gezegd: er zijn vier kwaliteiten voor een goede geneesheer: wetenschap, gezond verstand, ervaring en geweten». Maar, gaat prof. Van Gehuchten verder, het geweten is de essentieële kwaliteit die al de andere primeert omdat ze hem beheerst en van binnen uit moet richten. Diegene die er zich van bewust is dat zijn wetenschap en ervaring beperkt zijn, maar dat zijn zending is te genezen of te lenigen zonder ooit in iets te willen schaden, die beoefent de geneeskunde volgens wijze en juiste beginselen».

Tegen die achtergrond van de beroepsplichten van de geneesheer trachten wij nu aan te tonen wat wij verstaan onder de termen negatief en positief beroepsgeweten. De deontologia medica is een onderdeel van de moraal. De moraal was vóór 20 jaar zeer weinig positief kristelijk. Zij vergenoegde zich de natuurwet voor te houden zoals ze geformuleerd is in de tien geboden. Dus, niet specifiek kristelijk, vermits de natuurwet geldt voor alle mensen, heidenen zowel als kristenen. Ze was bekommerd om uit te maken wat plicht was en wat zonde. Een stel morele voorschriften uitlopend op een «deugdzaam» leven, zonder de bekommernis van een positief «in Kristus zijn» en van daaruit «in Kristus leven», een navolging van Kristus. - Het leven in Kristus scheen gereserveerd voor hen die «de wegen der volmaaktheid» willen bewandelen en bleef het voorrecht van de spiritualiteit der priesters en kloosterlingen. De leken die zich bewust waren ook geroepen te zijn tot de volmaaktheid («weest volmaakt zoals uw hemelse Vader volmaakt is») moesten in hun lekenleven maar, zo goed en zo kwaad het hun lukte, de princiepen van de spiritualiteit der geestelijken overhevelen.

De herwaardering van de H.Schriftuur en de terugkeer naar authentiek kristendom deden Gods Heilsmysterie en de aktieve rol die het Godsvolk moet vervullen op het voorplan treden. De moraal

moet nu de positieve beschrijving zijn van het leven van die «kristenen», «leerlingen» van Jezus Kristus, die zijn volk opvoert naar de Vader en naar de verovering van de mensheid voor Gods Rijk. Want door de kristenen heen gaat Gods uitnodiging naar **alle** mensen om zich vrij te laten opnemen in het Heilsmysterie van het Godsvolk. Een gezaghebbend traktaat van hedendaagse moraaltheologie werd in 1954 geschreven door een Duits Redemptorist, Bernard Häring en kreeg als titel «Das Gesetz Christi». Heel de morele houding van de kristen wordt opgebouwd vanuit de Kristusbeleving (agere sequitur esse) en de ondertitel zegt dat het werk bestemd is, zowel voor leken als voor priesters.

Ook de geneesheer dient zijn beroepsleven in te schakelen in dat Heilsmysterie. Hij moet zijn beroepsgeweten vormen, niet slechts door een deontologie te studeren, maar vanuit een authentische beleving van dat Heilsmysterie. Hoe moeten we dat verstaan?

Het bestel van het Heilsmysterie, dat van eeuwigheid verborgen was in God (Efes. III, 9), beoogt het vormen van een volk, een gemeenschap van priesters, die God zouden verheerlijken en Gods heerlijkheid aan de heidenen (zij die niet geloven) zouden bekend maken. Dit is een priesterlijke roeping en zending van het Godsvolk. Wij vinden reeds in het Oud Verbond allusies op dat volk, die kerk van gelovigen, die een priesterlijke zending hebben ontvangen: «Zo gij Mij gehoorzaamt en mijn verbond onderhoudt, zult gij onder alle volken mijn bijzondere eigendom zijn; want Mij behoort de gehele aarde. Gij zult Mij een koninkrijk van priesters zijn en een heilig volk.»(Exodus XIX, 5-6). In de eerste brief van Petrus vinden we een klare echo, nu in de vervulling van de Belofte, in het Nieuw en Eeuwig Verbond. «En laat u als levende stenen opbouwen tot een geestelijke tempel, bestemd voor een heilig priesterschap, dat geeslijke offers brengt, welgevallig aan God door Jezus Kristus... Gij echter zijt een uitverkoren geslacht, een koninklijk priesterdom, een heilige natie, een aangeworven volk: om te verkondigen de deugden van hem, die u riep uit de duisternis tot zijn wonderbaar licht... (Petr. II, 5-9). En in het Boek van de openbaring vinden we de volgende klare roepingstekst: «Aan Hem, die ons bemint, die ons door zijn Bloed van de zonde heeft verlost, die ons ook tot een koningschap heeft gemaakt, tot priesters voor zijn God en Vader: aan Hem zij de glorie en de macht in de eeuwen der eeuwen. Amen»! (Apoc. I. 6).

Deze teksten geven ons de kerngedachte van Gods heilsplan: het priesterschap van de gelovigen: zij moeten met de verrezen Heer gestorven zijn aan de zonde en leven voor de verheerlijking van God, hun Vader; zij moeten voor de niet-gelovenden (de gentes) getuigen van Gods Liefde, door te leven in de Geest van de Verrezen Jezus (in uno Spiritu), dat is in de eenheid van de Liefde. Want daaraan zullen de heidenen de leerlingen van Kristus, de zonen van God, herkennen.

De sakramenteel-gewijde priesters hebben in de Kerkgemeenschap juist als taak dat volk te verzamelen, op te wekken in levend geloof,

door de prediking van het Woord; dat volk bekwaam te maken tot hun priesterlijke zending door het Kristus te geven in de sacramenten; dat volk te leiden in hun («missie») apostolische taak als raadgevers en bezielers. De Paus, de bisschoppen en hun medewerkers, de priesters zijn er voor het volk , zij moeten het priesterschap der gelovigen werkelijkheid doen worden. Het hiërarchisch priesterschap(Paus, bisschoppen en priesters) vertegenwoordigt de beweging van God naar de mens (de menswording van het Woord), het vertegenwoordigt gans het domein van de sacramentele werkdadigheid waardoor Kristus persoonlijk optreedt (de Verrezen Heer) en goddelijk leven in de schoot van de Kerk laat nederdalen. Zo maakt het hiërarchisch priesterschap dan ook het priesterschap van de gelovigen mogelijk. Welke zijn de akten van het priesterschap van de gelovigen? In de mate Kristus door het hiërarchisch-sacramenteel priesterschap medegedeeld wordt aan de gelovigen, kunnen deze Kristus'leven **verinnerlijken**, (eerste akt van het priesterschap van de gelovigen). Kristus verinnerlijken is Kristus'leven in zich opnemen: «ik leef niet meer, maar Kristus leeft in mij». (Gal. II, 20). Die verinnerlijking van Kristus ontspringt aan de levende predikatie (door de hiërarchie) van het Woord Gods: fides ex auditu. Door open te staan voor Gods Woord, kan de H. Geest in de toehoorder het geloof doen opbloeien. Zo zal Kristus'leven in de «gelovige», worden «verinnerlijkt» en bron zijn van kristelijke hoop en liefde: «En daarom buig ik mijn knieën voor de Vader, van wien alle geslachten in de hemel en op de aarde hun naam hebben ontvangen: dat hij naar de rijkdom zijner glorie u moge verlenen, krachtig naar de inwendige mens te worden gesterkt door zijn Geest; dat Hij Kristus in uw harten doe wonen door het geloof; dat gij geworteld mocht blijven en gegrondvest in liefde». (Efes. III, 14-17). «Het heilsgeheim dat sinds de aanvang der eeuwen en geslachten verborgen is geweest, maar thans aan zijn heiligen is geopenbaard... hoe Kristus namelijk onder u is, de hoop op de glorie.» (Koloss. I, 26-27). Door het geloof, de hoop en de liefde (goddelijke deugden die Kristus in ons verinnerlijken en ons voor de Vader doen leven) en door de beoefening van de zedelijke deugden (waardoor wij in Kristus' liefde ons aardse bestaan uitbouwen en onze medemensen bejegenen) vervult de kristen de eerste akt van zijn priesterschap. Hij zal door het sakramenteel en liturgisch leven, die verinnerlijking van Kristus laten voeden en groeien tot de dialoog met God en het liefdesgetuigenis voor de wereld. In de sacramenten waarin de gelovigen Kristus ontmoeten en van zijn volheid ontvangen, vooral in de H. Eucharistie waar Kristus als opperste «Leitourgos» ons vóórgaat naar de Vader, kunnen de gelovigen «in Hem en met Hem en door Hem» een waardig dankoffer aanbieden aan de Heilige Drieëenheid (2e akt) en kunnen daar de kracht putten voor hun derde akt als priesterlijk volk: het liefdegetuigenis voor de wereld: «opdat ook de wereld gelove» (Jo XVII, 21).

We zien hoe de drie akten aan Kristus'verinnerlijking als aan hun Bron ontspringen en hoe de ene voortvloeit uit de andere. Een liturgie

als sacramentele ontmoeting met de Verrezen Heer en opgang naar God is niet denkbaar, tenzij groeiend uit een rijke Catechese, waar de «gelovigen» Kristus' Woord als Gods zaad in hun hart ontvangen en Kristus' leven in zich kunnen verinnerlijken. Maar even duidelijk blijkt dat een apostolisch leven als liefdegetuigenis moet groeien uit een innige ontmoeting met de Heer in de sacramenten en het liturgisch «leven voor God». Ten slotte is het klaar, dat de gelovigen met Kristus één Lichaam geworden zijn ook in hun dagelijks gezins- en beroepsleven Kristus moeten uitdragen: zijn liefde aan de mensen brengen. Apostolaat is geen «amateurswerk». Ieder gelovige kristen is apostel. Hij moet als leerling van Kristus steeds opnieuw luisteren naar het Woord, man van gebed zijn, Kristus ontmoeten in de sakramenten en met Hem opgaan naar de Vader: maar evenzo met Kristus'liefde zijn broeders beminnen. Hier zouden we moeten komen tot het inzicht dat het voor een geneesheer niet volstaat zijn deontologie gestudeerd te hebben (**negatief** beroepsgeweten). Een heiden moet ook beroepsgeweten hebben, «**goed zijn**» voor de patiënten, enz... Een kristen is eerst kristen, en pas daarna geneesheer, en dan kan hij maar een kristen geneesheer zijn vanuit de innerlijke beleving van zijn verbondenheid met Kristus. Is er geen gevaar dat de geneesheer zozeer in beslag wordt genomen door zijn beroepsleven, dat hij daarin, onbewust (?) een alibi vindt om zich de facto aan een actieve deelname aan het Heilsmysterie van de kerkgemeenschap te onttrekken? Indien de geneesheer een bekwaam wetenschaps- en beroepsmens is en bovendien een man die ingeschakeld is in Kristus' Heilsmysterie, door persoonlijk gebeds- en sakramenteel leven, innerlijk gestuwd door de Geest van de verrezen Heer, dan zal hij juist als geneesheer in Gods heilsplan die plaats innemen en die rol vervullen die **NIEMAND** anders in zijn plaats kan vervullen. Dat inzien en daarnaar streven, is zich als kristen een **positief** beroepsgeweten vormen. Voor een katholiek is het niet genoeg een «deftig» mens te zijn, niemand kwaad te doen en veel goed te doen. Daarin kan hij soms door een ongelovige overtroffen worden. Een positief beroepsgeweten veroveren betekent voor een geneesheer, die zich kristen noemt, een blij ingaan op de uitnodiging van God om met Kristus van zijn leven te maken: een dagelijks opgaan naar de Vader in liefdevolle toewijding ten bate van onze broeders de mensen, om samen, priesters en leken, de Kerk te doen groeien en zowel gelovigen als ongelovigen in hun lichamelijke en geestelijke nood de verlossing en de begenadiging te brengen: Kristus zelf, wiens komst een bron van vreugde wil zijn voor alle mensen van alle tijden: «Zie, ik verkondig u een grote vreugde, die voor het hele volk is bestemd». (Luc. II, 10). Van elke ware kristen, maar vooral van een priester en een geneesheer, die door hun ambt zeer intiem met de mensen in kontakt komen, en die zich moeten liefdevol toeleggen om « de wonden te helen» zowel deze van de ziel als deze in het lichaam, moet men kunnen getuigen wat Petrus getuigde van de Heer Jezus aan de heidenen te Cesarea: «Gij weet, wat er na het doopsel, dat Joannes gepreekt

heeft, van Galilea af door heel Judea is gebeurd. Hoe God Jezus van Nazaret met de Heilige Geest en met kracht heeft gezalfd; hoe Hij weldoende rondging en allen genas, die door de duivel werden beheerst, omdat God met Hem was». (Handelingen X, 37-38). Een geneesheer die door gebed en sacramenteel leven in Kristus leeft en door de Geest van Kristus geleid wordt naar zijn patiënten, is ingeschakeld in het Heilsmysterie en vervult de zending die God hem gaf. Philanthropie kan edel zijn en schoonmenselijk. Een kristen geneesheer echter werkt op een hoger vlak: hij verricht «Gods Werk» dat vruchten draagt voor het eeuwig leven. «Arbeidt niet voor de spijs die vergaat, maar voor de spijs die blijft tot in het eeuwige leven...». (Joannes VI, 27).



Als op bebloemde weg de biëen honing soecken
So hebben wy gespheurt in oude en nieuwe boecken
En gulden woorden ons daar uyt bijeen gegaerd
Voor hooft en hart een vreught, en 't eeuwig leven waerd.

GEBED VAN EEN BEHAVIORIST

(Psychological Bulletin sept 27
Reiser.)

Gij Kosmos Bewegend samenhangend geheel: wij vragen U Uw gehoororgaan voor deze onze keelspierencontracties open te stellen. Verlaag de drempel van ons zintuigelijk waarnemingsvermogen opdat onze neuro-musculaire en klier-activiteiten niet als overbodige reflexen verloren gaan. Moge de veranderingen van de samenstelling van onze helaas eindige electron-protonaggregaten mededogen vinden in Uw gezichtswaarnemingen. Moge de drievoudige indeling van onze receptor - conductor mechanismen de gehele volheid van Uw kosmische mildheid ontvangen.
Baad onze receptoren in de uitstralingen van Uw energie, zodat onze cerebro-spinale zenuwcellen steeds dynamisch mogen zijn. Mogen de banen vanuit onze hersenschors steeds over onze lagere reflexen waken. En wij vragen nederig dat onze hormoon-afscheidende organen niet mogen hypertrofiëren en dat onze hormonen niet toxisch mogen worden. Bewaar ons, zo bidden wij, dat al onze energie — transformaties en relatieve bewegingen van onze configuraties symmetrisch mogen blijven.

Wij vragen ook, Liefhebbend Samenhangend Geheel, dat wanneer wij verstrikt zijn in vertraagde reacties, de wederkerige innervatie van tegengesteld werkzame spieren nooit uit zichzelf een evenwichtstoestand bereike, opdat kringvormige reacties afgewend worden of dat te veel opgekropte energie zich verzamelt. Mogen wij daarom ook niet te veel remmingen of verdringingen ondergaan. Wij vragen ook, O Totaal van Electronen en Protonen, dat onze inademings-uitademings - coëfficient steeds in harmonie moge zijn met onze onhoorbare spraak. Verhoog onze evenwichtsindex, versnel onze reactietijd en mogen wij op deze wijze tot volmaakte gehoorzaamheid naderen tot de imperatieve energiebron. En al gaan wij door het dal van de vertraagde stofwisseling, laat ons niet nutteloos adrenaline afscheiden. Geef ons heden onze gebruikelijke caloriën, vergeef ons onze aanpassingsstoornissen, zoals wij ook andere energie-eenheden hun inadequate bewegingen over het hoofd zien. En tenslotte, wanneer de negatieve versnelling van iedere bewegingssamenstelling het verouderingsproces teweeg brengt, en de tweede thermodynamische wet het Kosmisch Bewegend samenhangend geheel overwint, dat Gij iedere energie-eenheid weer terugontvangt. Dit smeken wij in de naam van de Wetenschap. Amen.

uit «De Derde Revolutie».
*Dr. Karl Stern - pag.*49
vert. A. Meyer, zenuwarts.
Uitg. De Fontein — Utrecht — Antwerpen

De artsen hebben zulke afschuwelijke dagen en uren, dat God ieder ander daarvoor moge behoeden. Natuurlijk zijn ook onder de artsen lummels en ogendienaars net zo min zeldzaamheden als onder schrijvers, ingenieurs en onder de mensen in het algemeen. Maar die verschrikkelijke uren en dagen waarvan ik spreek, komen slechts bij de artsen voor, en daarom moet men hen, als men eerlijk is, zeer veel vergeven...».

(Anton Tsjechow. — Brief aan Soeworin d.d. 18-8-1894).
Lees volledig artikel van J.J.C. Marlet — in Streven nr. 4.1963 *pag.* 353 *tot* 360).

Le medecin qui soigne un malade, le prêtre qui dirige une âme, me font l'effet de deux coureurs d'aventures qui pénètrent dans une forêt sans chemins, inextrécable. Pour se frayer une route, ils brisent devant eux les rameaux, les lianes, les pousses. Leur passage est une violence et toujours, plus ou moins, une blessure. Qu'il est grand, qu'il est bon, celui qui ne brise rien ou presque, en entrant dans autrui. **Entrer dans autrui, sans voir clair, redoutable risque interventions. Conseils en vain.**
Conseiller: «verser du vin à côté du verre». *(Mgr. Moissenet).*
Le Christ seul peut entrer, «lorsque les portes sont fermées».... sans effraction, sans ravage.
(Marie-Noël «Notes Intimes»)
St. Luc, évangile et médecine nr. 1961 *p.* 348).

CONCLUSION

I would like to lear two thoughts with you. The first... .... And the other from an address given by Professor David to his students in Montreal a few months ago and which seems to me equally relevant to us in Britain (and to us in Belgium, n.v.d.r.): «The youth of today is desperate by seeking after truth in an age which confuses all values by reducing them to one common denominator-money. If this materialism enters our hearts as doctors, if our major preoccupation is to acquire material possessions, then we must not be surprised if we are levelled in the rigid frame of a Government agency. But if we sincerely believe that medicine is not a trade but a vocation, the road to the future will be wide open and fruitful. We will retain our freedom only so far as we are judged worthy of it.
We will lose our freedom if ever a majortiy of our professicn consents to use medicine as a mere springboard for financial advancement».
(British Medical Journal 11, *Nov.*'61, *pag.* 1282)
I.D. Grant, C.B.E., M. D.
«Status of the General Practioner Past, Present and Future).

Veertig jaar Sint-Lucas

DE GENEESHEER EN DE KOLLEKTIEVE GENEESKUNDE

Deze titel is de kernachtige weergave van onze bezinning tijdens deze heuglijke zondag 21 oktober 1962, de dag waarop talrijke leden van onze SINT-LUCASVERENIGING het veertigjarig bestaan gevierd hebben op een wijze die volledig strookt met de doeleinden van onze groepering.

Het gekozen onderwerp, dat onze geëerde sprekers met kunst en kunde, met gezag en toch gemoedelijk behandeld hebben, bewijst terdege dat niettegenstaande ons veertigste jaar, wij een jonge vereniging blijven, rijp en volwassen in haar overwegingen maar jong in haar enthoesiasme; het zou moeilijk anders kunnen want onze kristelijke principen, die ons leven doorvlechten, blijven eeuwig jong en toch onveranderd, toepasselijk in alle tijden en beschavingen, hoe ook de geneeskunde evoluere, meegesleurd met de snelle stroom van de mensengeschiedenis naar de ons onbekende Omega. Aan ons natuurlijk de pols van deze tijd te voelen en te toetsen aan de stabiele waarden van ons Geloof, anders vervoegen wij de massa drenkelingen, die fataal verdrinken bij gebrek aan een houvast.

Een anders denkende professor van de universiteit te Brussel verklaarde voor enkele dagen (nadat hij de snelle evolutie van de techniek beschreven had, tijdens dewelke deze techniek, die vooreerst een voortzetting of vervolmaking van de menselijke arbeid was, geworden is een dynamische techniek) dat onze tijd een keerpunt is, gekenmerkt door de teleurgang van de bestaande waarden, waarin de mens ontheemd leeft. Hij wordt van buiten uit geleid als een aan zichzelf twijfelend wezen. De vrijwaring van de mensheid zou liggen in de bewustwording van de geweldige problemen waarmede zij gekonfronteerd wordt.

In hun inleidend woord hebben Prof. VAN GEHUCHTEN, de algemene voorzitter, en Prof. HAVEN, voorzitter van het VERBOND, erop gewezen dat de wereld er geweldig snel is op vooruit gegaan zowel op wetenschappelijk als sociaal gebied. Moreel stelt men het tegendeel vast. De geneeskunde wordt te duur en niet meer praktisch toepasselijk voor de demografisch vooruithollende wereld. De kristelijk voelende geneesheren mogen niet ten achter blijven in de opbouw van de nieuwe geneeskunde aangepast aan de snel stijgende lijn van de sociale ontwikkeling. Anderzijds mogen wij de hogere kultuurwaarden van de mensen niet uit het oog verliezen, en moeten wij voor anderen, het is de plicht van ieder kristen mens, een lichtbaken zijn, die de veilige weg moet wijzen tijdens de stormen en donkere nachten. Wij moeten hardnekkig vasthouden aan deze onvervreemdbare rechten van ieder mens, van ieder ziek mens: vrijheid van keuze van dokter, vrijheid van therapie, recht op beroepsgeheim of de vrijwaring van zijn intiem leven als enkeling.

Oud minister, senator HOUBEN was wel de meest geschikte persoon om met voorbeelden en getallen ons te overtuigen van de problemen, die oprijzen tengevolge van de snelle sociale en demografische opgang van de mens hier in ons land, problemen die dringend moeten opgelost worden en waarvoor de regering zich dan ook inspant; doch in de overhaasting mogen wij de individuele persoonlijkhied van de zieke, de noodlijdende, de minder begoede, de bejaarde niet prijsgeven aan het hoger rendement van de moderne middelen, die kunnen toegepast worden in de reorganisatie en uitbouw van de geneeskunde.

En wie kon ons beter dit dreigend gevaar illustreren dan Dr P. MILLIEZ van de geneeskundige fakulteit van Parijs, die in een taal om van te snoepen, op een wijze die niet weer te geven is en eigen is aan een persoonlijkheid met koelen hoofde en warm hart, verziende maar toch met zijn twee voeten op de wereld, ons zo aandachtig vasthield dat tijd en ruimte verdwenen.

Deze verschillende uiteenzettingen werden warm geapplaudiseerd door de honderdtal aanwezigen alsook door onze uitgenodigde gasten zoals onder meer minister CUSTERS, Mgr DESCAMPS, rektor aan de Leuvense Universiteit, Mgr GOOSSENS, de afgevaardigde van Kardinaal SUENENS; Mgr BOONE, deken van Brussel en andere overheden en binnenlandse en buitenlandse professoren.

Dr A. BALIS

Evolutie van de physische en psychische gezondheidszorg *

R. HOUBEN, Senator.

Het kan voorzeker vermetel lijken van mijnentwege, als leek in de geneeskunde in een zo ter zake bevoegde vergadering als deze, te durven spreken over «de evolutie van de fysische en psychische gezondheidszorg».

Mag ik dan vooreerst mijn onderwerp nauwkeuriger omschrijven?

Er is geen sprake van dat ik de evolutie van de gezondheidszorg zou behandelen wat betreft de inhoud van de zorgen, de techniek, de methodes, het hoe. Op dat stuk ben ik totaal onbevoegd. Wat ik wel wil behandelen is de evolutie van de gezondheidszorg, (en ik zal straks verklaren waarom ik zeg «gezondheidszorg - soins de santé» en niet «geneeskunde - art de guérir») wat betreft haar functie, haar plaats in de maatschappij en ook haar doelstelling. Eens hier gevoel ik mij beter thuis. Hier kom ik op een terrein dat ons gemeenschappelijk is want hier gaat het om een probleem van de maatschappij. Hier komt men op het terrein van de sociale wetenschap- als ik zo noemen mag - van de organisatie van de maatschappij en van het beleid van het land. En onder dit aspect: «de evolutie van haar doelstelling, haar functie en plaats in de maatschappij» heb ik graag aanvaard over de gezondheidszorg te spreken omdat het me een eer is waarvoor ik mijn dank betuig en tevens om een andere reden die ik op het eind van mijn uiteenzetting zal kenbaar maken.

Mijn uiteenzetting zal lopen over wat volgt:

1° - Enkele beschouwingen in verband met de algemene evolutie van de maatschappij vermits de evolutie van de gezondheidszorg daarin haar plaats vindt en daarvan een onderdeel is.

2° — Waarin bestaat de evolutie van de gezondheidszorg?

3° — Een paar beschouwingen als besluit.

** tekst van de voordracht, gehouden op 21-10-62, bij gelegenheid van het veertigjarig bestaan van de Sint-Lucasvereniging.*

De tekst van Prof.Milliez vindt de lezer in de franstalige uitgave.

DE ALGEMENE EVOLUTIE VAN DE MAATSCHAPPIJ.

Enkele zeer summiere beschouwingen dienaangaande. **De wereld waarin we leven ondergaat een grondige en snelle evolutie.** Reeds tijdens de 19e eeuw ging de wereld evolueren in een veel sneller ritme dan vroeger. In de 20e eeuw wordt dit ritme adembenemend en haast angstwekkend. Enkele gegevens:

De demografische evolutie:

— Bij de geboorte van Kristus : 100 miljoen.
— 1950 .... : 2 400 miljoen.
— nu .... : 3 120 miljoen.
— 2 000 .... : 6 300 miljoen.

Het ontstaan van een wereldgemeenschap door het verdwijnen van de afstanden en het ontwaken van alle volkeren. De nieuwe ontredderend snelle aanbrengsten van wetenschap en techniek, spectaculair zoals de atoomkracht, de ruimtevaart, de wereldtelevisie maar tevens tot uiting komend op alle gebied van de economische activiteit. De inwerking daarvan op het maatschappelijk leven en zelfs op het leven van de personen: de maatschappelijke kaders, zelfs het gezin worden overal gewijzigd; ook het leven van de persoon wordt gewijzigd (en hier benaderen we ons eigenlijk onderwerp). De gemiddelde levensduur stijgt; de voeding, de woonst, de kleding, de arbeidsvoorwaarden, het gezinsverband, het gebruik van vrije tijd veranderen. We leven anders omdat we leven in een andere wereld, we worden anders behandeld en verzorgd: ziekte en dood doen zich anders voor. Hieruit ontstaan nieuwe gegevens en nieuwe problemen ook in verband met de fysische en psychische gezondheidszorg. **Deze evolutie wordt beheerst door drie elementen, door drie krachten: de levensbeschouwing, de wetenschap en de politiek.**

DE LEVENSBESCHOUWING.

De opvatting omtrent de waarde, de betekenis, de lotsbestemming van de mens. De tegenstelling tussen de materialistische levensbeschouwing (volgens dewelke de mens niets anders is dan het product van een toevallige evolutie der stof) en de spiritualistische (volgens dewelke de mens een transcendente waarde heeft, een zelfverantwoordelijkheid die een autonome zelfbeschikking vergt omdat de persoon nog een andere bestemming heeft dan de aardse).

DE WETENSCHAP.

De wetenschap heeft de vermenigvuldiging van het mensenaantal medegebracht door de vermenigvuldiging der voeding, het bestrijden van massadodende ziekten en het verlengen van de levensduur, zodat een steeds groter aantal der geboren kinderen op hun beurt ouders worden. Anderzijds heeft zij de afstanden weggewerkt en aldus een feitelijke wereldgemeenschap tot stand gebracht. Zij brengt op alle gebieden, nieuwe mogelijkheden, nieuwe technieken. nieuwe middelen bij. Men bemerke wel dat niemand deze wetenschappelijke vooruitgang kan remmen. Integendeel gaat de vooruitgang sneller omdat de wetenschappelijke opzoekingen stelselmatig, met aanwending van steeds meer middelen door de grootste politieke en economische machten worden georganiseerd en bevorderd. Zonder dat iemand anders kan.

DE POLITIEK.

Het internationaal en het nationaal beleid der landen, waardoor mede worden bepaald, oorlog en vrede, de structuur der maatschappij, de instellingen en hun werking. Om de hele draagwijdte daarvan in te zien, bedenke men dat het onderscheid tussen deze en gene zijde van het ijzeren gordijn ligt in de verschillen in haar structuur en in

haar doelstellingen, samenvallend met een andere levensbeschouwing. **In deze geheel-evolutie, beheerst en gedreven door levensbeschouwingen, wetenschap en politiek staat de menselijke persoon op het spel.** Het is duidelijk dat doorheen deze geheel-evolutie met al de nieuwe mogelijkheden aan de persoon nieuwe, nog nooit gekende mogelijkheden worden geboden tot lichamelijke, intellectuele en zelfs spirituele ontwikkeling. De mens krijgt nieuwe kans tot gezondheid, verstandelijke ontwikkeling en geluk. Maar tevens wordt de persoon bedreigd door nieuwe, nooit tevoren gekende gevaren.

Deze gevaren zijn:

- de fysische vernietiging door atoomkrachten, met of zonder oorlog, de verpesting van lucht, water en voedingsmiddelen, maar nog een morele ondergang door politieke totalitaire stelsels die kunnen beschikken over wetenschappelijke massabehandeling waardoor de autonome vrije persoon wordt uitgeschakeld. Bovendien staat de mens in elk geval voor het probleem der fysische en psychische aanpassing aan een te snel veranderend milieu. Carrel heeft het probleem ontwikkeld in «L'homme cet inconnu» Huxley in «Le meilleur des mondes», Stefan Hautem (De Greef) in «Retour au silence» Gabriel Marcel in «L'homme contra l'humain».

De evolutie van de geneeskunde of liever van de gezondheidszorg staat midden deze algemene evolutie, neemt daarin een bijzondere plaats in omdat het gaat om een der meest belangrijke wetenschappen omtrent de mens. Ik zou er uw bijzondere aandacht willen op vestigen dat op de evolutie van de gezondheidszorg de drie machten der geheel-evolutie gezamenlijk inwerken. Gezondheidszorg is immers gevestigd op wetenschap. De levensbeschouwing, de opvatting omtrent de mens, heeft een diepe invloed op de wijze waarop de gezondheidszorg zal worden uitgeoefend en op de houding tegenover de persoon. De politiek beheerst het maatschappelijk kader en de instellingen. Ze beinvloedt de financiële middelen en de sociale verhoudingen. Ze bepaalt, doorheen de wetgeving, rechten en plichten. Van de gezondheidszorg wordt verwacht dat de nieuwe wetenschappelijke kennis en de nieuwe technieken worden aangewend om de fysische en psychische ontplooiïng van de mens te bevorderen. Tevens moet van de geneeskundige wetenschapsmensen worden verwacht dat zij er krachtig toe bijdragen om de persoon te helpen beschermen tegen de fysische en ook tegen de psychische en zelfs tegen bepaalde morele gevaren welke uit de geheel-evolutie van de levensvoorwaarden voortvloeien. Maar laten we nu deze algemene beschouwingen- welke ik terecht of ten onrechte nuttig heb geacht - van kant, om even te overwegen waarin de evolutie van de gezondheidszorg bestaat.

WELKE IS DE EVOLUTIE VAN DE GEZONDHEIDSZORG.

1. De evolutie van de techniek.

Elkeen onder U kent die evolutie welke ik U alleen wil in herinnering brengen. Wanneer ik, via maatschappelijke problemen, naar de geneeskunde ging uitkijken, waren antibiotica en zeker peniciline onbekend; materniteiten werden betwist wegens de sterfgevallen aan moederkoorts; de sanatoria waren volgepropt met zieken, bij wie men een goed product inspoot; men begon met heelkunde der longen; in de krankzinnigengestichten werden de zieken dagenlang in lauwwaterbaden ingebonden. Op de meeste plaatsen waren geen gespecialiseerde tandartsen.

2. De toenemende omvang van de gezondheidszorg.

Ingevolge de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit, ingevoerd voor alle loonarbeiders, bij de besluitwet van 28 december 1944, ingevolge de buitengewone stijging van het inkomen en van het levensniveau, ingevolge de toenemende aandacht voor gezondheid en de aspiratie naar verzorging, hebben het getal der prestaties, de soorten behandeling, de uitrusting van het land wat instellingen en toestellen betreft een bijzonder aanzienlijke uitbreiding gekregen sinds het einde van de oorlog, dit is op een periode van slechts 18 jaar. Aanzienlijke financiële middelen werden daartoe

aangewend. De verbruikte gelden stijgen van jaar tot jaar. Alleen door de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit werden in:
in 1945, 2 300 miljoen aangevoerd;
1961, 12 500 miljoen.

3. Er is meer: de doelstelling van de gezondheidszorg evolueert.

Aanvankelijk was het doel hoofdzakelijk, zoniet uitsluitend, het genezen van de ziekten. Daarna werd eveneens gestreefd naar het voorkomen van de ziekten. Thans wordt het doel, meer positief, de verzorging van de gezondheid. Aan deze verschillende zienswijzen beantwoordde eerst de geneeskunde (de kunde te genezen) thans bij pleonasme genaamd de curatieve geneeskunde (eigenlijke geneeskunde, heelkunde, psychiatrie), daarna de preventieve geneeskunde, gericht op het voorkomen van ziekten, stoornissen, letsels, afwijkingen en nu de lichamelijke en psychologische gezondheidszorg. Het doel gaat van het negatieve - het wegwerken van ziekten of afwijkingen - naar het positieve doel: de bloei der gezondheid. Het doel wordt niet alleen het wegwerken van iets dat misloopt maar wel de optimale gezondheid van een bepaald persoon of een bepaalde groep personen: de optimale ontplooiing van de voorhanden zijnde mogelijkheden, lichamelijke en psychische, het evenwicht in de werking van weefsels, organen en zintuigen, de optimale ontplooiing van levenskracht en levenswerking, zoals die bij een gegeven mens mogelijk is. Dit betekent ondermeer dat men niet alleen het sterftecijfer bij de kinderen wil laten dalen; men wil de geboren kinderen helpen om uit te groeien tot levenskrachtige mensen, met een psychisch evenwicht en een karakteriële ontwikkeling in de mate waarin dit mogelijk is. De doelstelling waarvan sprake heeft tot gevolg dat niet alleen wordt gestreefd naar het dalen van het sterftecijfer van moeders bij de bevalling maar ook dat de geboorte wordt gebruikt als een middel tot ontplooiing van de gezondheid van de vrouw, lichamelijk en psychologisch, als een bron van verhoging van verstandhouding en levensvreugd in het gezin, ook al brengt de geboorte een tijdelijke wijziging in het huwelijksleven mee. Dat betekent nog dat niet alleen wordt gestreefd naar het langer laten leven in de zin van niet dood gaan, maar ook naar het behoud van een volwaardig bestaan, het behoud van een mens die noch stram, noch suf is, die nog kan gaan, komen, lopen, werken, die hoort en ziet en geheugen heeft. Wat heeft men aan het verlengen van een louter vegetatief leven, zoals thans al te dikwijls voorkomt o.m in ouderlingengestichten, tenzij een gunstige beïnvloeding van de statistieken over de gemiddelde levensduur?

4. In nauw verband met deze nieuwe kijk op het doel zijn twee andere kenteringen waar te nemen.

Vooreerst de ontwikkeling van de preventieve geneeskunde, welke in ons land wordt gevestigd in speciale instellingen (waarvan het gezondheidscentrum de meest typische en specifieke is) en ook op een speciale wijze wordt gefinancieerd, buiten de ziekteverzekering om, door de werkgevers, de gemeenten en vooral de Staat. Men denke aan het geneeskundig toezicht op jonge arbeiders en de opsporing van beroepsziekten, aan de opsporing en profylaxis van bepaalde ziekten, aan de pre- en postnatale raadplegingen, aan de psycho-medico-sociale centra, aan de medische sportcontrole. Vervolgens wordt, in de nieuwe optiek der gezondheidsontplooiing, het psychisch element meer betrokken bij de verzorging dan dit bij de curatieve geneeskunde het geval was. In de psycho-medico-sociale centra zijn beide aspecten, het fysische en het psychische nauw verbonden. De geneesheren gaan trouwens meer en meer belang hechten aan de psychische factoren: ze bekommeren zich om de gemoedstoestand van de raadgever, zijn gedragingen, zijn sexsueel leven, zijn depressies, zijn overspanningen, zijn levenswijze, zijn geestesontspanning. Men denke aan de lichamelijke en psychologische voorbereiding tot de bevalling of nog tot bepaalde moeilijke taken.

5. Een ander aspect nog van de evolutie der gezondheidszorg is de overgang van individuele naar collectieve verhoudingen.

Naast de huisdokter - of dikwijls in de plaats van de dokter- treedt een equipe van geneesheren op en de zieke gaat, terecht of ten onrechte, van de ene naar de andere vóór dat de geheelbehandeling ontstaat. Er is meer en meer verzorging in verplegingsinstellingen met meer en meer omvangrijk personeel, dat bij wisselbeurten werkt

onder leiding van geneesheren welke door assistenten worden geholpen en afgelost. Het zijn fabrieken die de farmaceutische producten samenstellen en in gebruik brengen. Ook aan de kant van de verpleegden doet het collectieve zich meer en meer voor, weze het uiteraard hoofdzakelijk op het gebied der profylaxis en der preventie. Maar dan tot en met het toedienen van immuniserende producten.

6. Ik kan deze opsomming van verschillende aspecten der evolutie van de gezondheidszorg, van de fysische en psychische gezondheidszorg, toch niet afsluiten zonder nog te wijzen op de wetgevende maatregelen die te verwachten zijn. Daaruit zal dan tevens blijken hoe actueel en concreet de vragen zijn die ik wellicht tot nog toe te abstrakt heb voorgesteld. Zonder naar volledigheid te streven wens ik uw aandacht te vestigen op de volgende gegevens.

In augustus jl. werd een nieuw organiek besluit bekend gemaakt op de P.M.S.-centra. Een aanvullend besluit zou vóór het einde van het jaar moeten klaar komen. Deze nieuwe regeling zal het uitgangspunt zijn van een ruime ontwikkeling van bedoelde centra door het vrij initiatief, gemeenten, provincies en Staat. Door minister Meyers werd een wetsontwerp neergelegd op het geneeskundig schooltoezicht dat verplicht wordt gesteld ook voor het ganse secundair onderwijs en voor de leraren van lager en secundair onderwijs. Dit ontwerp is thans in bespreking op de Schoolpactkommissie. Uit beide voorgaande regelingen zal voortvloeien de noodzakelijke herziening van het statuut der gezondheidscentra, waarbij ook vragen rijzen omtrent de organisatie van de medische sportcontrole en van het geneeskundige toezicht op de arbeidende jeugd en meer algemene vragen in verband met de coördinatie van de verschillende takken der preventieve geneeskunde en de coördinatie tussen preventieve en curatieve geneeskunde.
Er wordt gevraagd om een wettelijk statuut van het hospitaalwezen.
Er wordt gevraagd om een statuut van de thuisverpleging.
Er is behoefte aan een wettelijke erkenning van graad en titel en een regeling der vorming van geneesheren-specialisten. Ik had de eer dezer dagen, op verzoek van de C.V.P., dienaangaande een wetsvoorstel in te dienen.
De hervorming van de verzekering tegen ziekte en invaliditeit staat aan de orde van de dag.

Bovendien wordt door de organisaties van de zelfstandigen en van de landbouwers een stelsel van verplichte verzekering voor verzorging bij ziekte voor alle zelfstandigen geëist.

Er wordt gevraagd om een nieuwe regeling inzake produktie en distributie van farmaceutische producten.
En mijn opsomming is niet volledig.

GEVOLGTREKKINGEN.

1°) Wij staan midden een evolutie die nog lang niet af is. Ik hoef er niet op te wijzen hoe belangrijk het is dat de verdere evolutie goed verloopt. En dit om meerdere redenen welke blijken uit de volgende beschouwingen die eveneens gevolgtrekkingen zijn uit de feiten waaraan wij vroeger hebben herinnerd.

2°) De gezondheidsverzorging gaat met haar uitbreiding, met de stijgende binding tussen fysische en psychische zorg meer en meer ingrijpen op de mensen. Men bedenke hoe veel meer de voogdij van het P.M.S.-centrum en de daaraan verbonden studieoriëntering op het kind zullen inwerken dan de vroegere geneesheer, ook al werd deze werkelijk als huisdokter bejegend. Hoe veel meer menselijke beïnvloeding is er bij de moderne voorbereiding van de aanstaande moeder op de bevalling dan bij de hulp welke de geneesheer bij de bevalling zelf verleent. En terzelfdertijd, komt in de behandeling meer en meer het collectieve aspect voor waarop wij reeds gewezen hebben. Met het toenemen van de techniek, met het toenemen van het collectieve, komt de waarde van de persoon, de eerbied voor zijn autonomie in het gedrang.

3) Ten overstaan van de nieuwe ontwikkeling van de gezondheidszorg, haar nieuwe mogelijkheden en haar nieuwe vereisten doet zich de noodzakelijkheid voor te zoeken naar een uitbouw waarbij de hoogste doeltreffendheid wordt nagestreefd, maar onder inachtneming van de persoonlijke waarden die niet alleen moeten worden gevrijwaard, maar meer dan ooit tot hun recht moeten komen. Bij deze persoonlijke waarden dient de aandacht eerst te gaan naar de rechten van de persoon, de eerbied voor zijn zelfbeschikking, naar het respect voor de geneesheer in zijn menselijke en professionele verplichtingen tegenover de zieken meer dan in zijn materiële arbeidsvoorwaarden. Wat het initiatief betreft bij het oprichten van allerlei instellingen dient het vrij initiatief te worden gevrijwaard maar niet zonder inachtneming van een voor het algemeen welzijn noodzakelijke rationalisatie.

4) Wij staan voor een reeks problemen waarbij de geneeskundige wetenschap en de maatschappelijke ordening der gezondheidszorg samenvallen. Ik denk hierbij inzonderheid aan:

— het verzekeren van een eenheid in de behandeling en de menselijkheid in de behandeling van een persoon door talrijke geneesheren en geneeskundige helpers.

— de coördinatie tussen de verschillende organismen voor preventieve geneeskunde of zelfs eerst nog de vraag omtrent het samenvoegen of het gescheiden houden van preventieve en curatieve geneeskunde en dan ook bij gescheiden organisatie, het doeltreffend samenbrengen van de gegevens en het tot stand komen van een werkelijke samenwerking;

— de behoorlijke binding tussen fysische en psychische behandeling;

— de uitbreiding van de preventieve geneeskunde voor het geheel van de bevolking alleszins op bepaalde tijdstippen van het leven;

— de degelijke uitbouw van de instellingen, inzonderheid wat de wetgevend maatregelen betreft die ik daar even heb opgesomd.

Ik ben er gelukkig om van deze spreekbeurt te kunnen gebruik maken om uw Vereniging met haar veertigjarig bestaan te kunnen gelukwensen en om haar hulde te brengen voor de activiteit die zij over deze periode heeft ontwikkeld.

Maar nog liever kijk ik naar de toekomst. Ten overstaan van de vele gestelde problemen heeft uw Vereniging een nog grotere taak te vervullen dan deze welke zij reeds volbracht. Zij die willens nillens beslissingen zullen te treffen hebben op het gemengde gebied van de inrichting der fysische en psychische gezondheidszorg durven van uw Vereniging een voorlichting en een medewerking verhopen die noodzakelijk is voor het welzijn van de bevolking en voor het gaaf houden van de waarden die ons duurbaar zijn.



Problemen van gezondheidszorg in Turkije

Dr. André PRIMS (1).
Direkteur van het Verbond der Verplegingsinstellingen van Caritas Catholica.
Lector aan de Universiteit te Leuven.

Turkije is zonder twijfel een van de minst ontwikkelde landen die deel uitmaken van het zogenaamde Westelijk Europa op ekonomisch en sociaal gebied (2). *Het volstaat enkele grootsteden zoals Istanbul (ongeveer* 2 *miljoen inwoners) en Ankara (hoofdplaats met ongeveer* 500 000 *inwoners) te bezoeken om te zien in welke schrijnende armoede dit land leeft. Men hoeft niet eens een rondrit te maken doorheen het platteland waar de toestand nog minder rooskleurig is. De grote Atatürk, voor wie alle Turken zonder onderscheid nog op dit ogenblik een enorme bewondering koesteren en die door hen als een waarachtige «vader des vaderlands» wordt bemind, heeft vóór de Tweede Wereldoorlog, enorm veel gepresteerd door het Ottomaanse Rijk om te schakelen in een Europese demokratische staat. Sindsdien is de vooruitgang niet stil blijven staan. Op dit ogenblik bespreekt het parlement een vijfjarenplan om een stap verder te zetten in de richting van een sociale en ekonomische welvaartstaat. Het eindpunt is echter nog zeer ver afgelegen en de ontwikkelingsstrijd wordt o.i. op dit ogenblik nog in sterke mate bemoeilijkt door drie faktoren nl. de interne politieke situatie, die na de revolutie van* 1960 *nog steeds niet de nodige stabiliteit heeft gevonden, de enorme inspanning die Turkije levert op militair gebied (*40% *van 's Lands uitgaven zijn bestemd voor de verdediging) en ten slotte de snelle aangroei der bevolking. In* 1927 *telde Turkije* 14.250.000 *inwoners, in* 1937 16.725.000, *in* 1947 19.625.000, *in* 1957 25.498.000 *en op dit ogenblik bereikt het aantal inwoners bijna de* 30 *miljoen. De jaarlijkse aangroei van de bevolking in* 1960 *bedroeg* 15,2%(3).
In deze bijdrage willen wij ons beperken tot enkele beschouwingen over de gezondheidszorg in dit land. Vooraf willen wij doen opmerken dat wij hierbij in hoofdzaak steunen op de gesprekken die wij met een aantal bevoegde personen gevoerd hebben naar aanleiding van een bezoek aan twintig instellingen. Publicaties in dit verband in een internationale taal zijn praktisch niet bestaande. Onze beschouwingen zullen wij samenvatten onder drie hoofdingen: de geneesheren en het para-medikaal personeel, de ziekenhuizen en ten slotte de ziekteverzekering.

I. DE GENEESHEREN EN HET PARA-MEDIKAAL PERSONEEL.

In1959 telde Turkije 12 069 geneesheren waarvan 5 620 specialisten. Dit betekent één geneesheer voor 2 190 inwoners (één geneesheer specialist voor 4 703 inwoners) (4). Onmiddellijk moet hieraan toegevoegd worden dat de overgrote meerderheid van de geneesheren in de grote steden gevestigd is. Zo telt Istanbul b.v. ongeveer 4 000 geneesheren (één geneesheer voor 500 inwoners), Ankara ongeveer 2 000, Izmir ongeveer 1 000 om maar alleen de drie grootste steden te vernoemen die dus reeds meer dan de helft der geneesheren voor zich nemen. En dit is dan wel het eerste probleem dat zich in Turkije stelt nl. het algemeen gebrek aan geneesheren en hun zeer ongelijke verspreiding t.w. de koncentratie in de grootsteden. Wel schijnt een wet te bestaan die aan de pas afgestudeerden oplegt eerst enige tijd hun medische praktijk te gaan uitoefenen op het platteland maar, naar men beweert, is deze wet door de gewoonte in onbruik geraakt.

In Turkije bestaan op dit ogenblik drie Medische Fakulteiten nl. te Istanbul, Ankara en Izmir. Het aantal studenten, dat jaarlijks wordt toegelaten, wordt strikt bepaald, niet in funktie van de noden van het land maar wel van de financiële mogelijkheden van de Universiteiten of beter gezegd van de Staat, gezien de drie Universiteiten aan de Staat toebehoren(5). Er is dan ook een selektie voorzien van de kandidaten bij middel van een eksamen. De studiëen duren zes jaar en worden bekroond met de doctorstitel. In 1959 promoveerden 228 studenten tot doctor in de geneeskunde aan de Universiteit te Istanbul en 163 aan de Universiteit te Ankara. Wij kennen niet het aantal afgestudeerden van de Fakulteit van Geneeskunde te Izmir, gezien deze Universiteit slechts in 1955 werd opgericht, haar eerste promotie dus kende in 1961 en bijgevolg niet werd vermeld in het statistisch jaarboek waarop wij vooral steunen.

De opleiding tot geneesheer-specialist gebeurt onafhankelijk van de universiteiten. Het Ministerie van Volksgezondheid en van Sociale Onderstand bepaalt voor ieder ziekenhuis het aantal geneesheren die aldaar hun specialistische vorming kunnen genieten onder de leiding van de aan het ziekenhuis verbonden geneesheren. Zodoende wordt ook het aantal geneesheren-specialisten beperkt en alleen die jonge afgestudeerden, die door het betrokken Ministerie bij middel van een eksamen worden aangeduid, kunnen in aanmerking komen voor een specialistische opleiding. Zij dienen drie of vier jaar, naargelang hun specialiteit, permanent in het ziekenhuis te verblijven. Daarna worden zij onderworpen aan een eksa-

men dat wordt afgenomen door vijf geneesheren van de betrokken specialiteit, die door het ziekenhuis worden aangeduid. Zo de kandidaten hierin slagen, wat praktisch altijd het geval is, wordt hen de titel van geneesheer-specialist toegekend. Zoals hoger aangeduid zijn ongeveer 46 % van de geneesheren specialisten.

Het mag misschien wel enige verwondering wekken dat noch door de Universiteiten, noch door het Ministerie bepaalde voorwaarden gesteld worden aan de ziekenhuizen voor de opleiding van geneesheren-specialisten voor wat betreft uitrusting, kwaliteit van de aan het ziekenhuis verbonden geneesheren, enz... Dit is te verklaren, alhoewel wellicht te verwerpen, door het feit dat de aan het ziekenhuis gehechte geneesheren in gans Turkije slechts in het ziekenhuis werkzaam zijn van 8 tot 14 h. Daarom heeft ieder ziekenhuis, zelfs het kleinste «residents» nodig om het werk in de ziekenhuizen te verrichten na 14 h. In 1959 waren er 644 kandidaat-specialisten.
Al de geneesheren-specialisten, verbonden aan de openbare ziekenhuizen, (en zoals wij verder zullen aanduiden, vertegenwoordigen zij praktisch 90 % van het totaal aantal ziekenhuizen) zijn staatsambtenaren. Zij worden benoemd door de Minister van Volksgezondheid en van Sociale Onderstand zonder dat hiervoor een eksamen wordt uitgeschreven. De geneesheren dienen in het ziekenhuis te werken van 8 tot 14 h. ('s zaterdags van 9 tot 12 h) en worden hiervoor door de Staat bezoldigd. De gemiddelde maandwedde bedraagt ongeveer 1 300 Turkse liren (een Turkse lire is ongeveer 4,5 F). Het is te begrijpen dat dit loon niet volstaat om te leven in Turkije zelfs wanneer men rekening houdt met de zeer lage levensstandaard aldaar. Al de ziekenhuisgeneesheren zijn daarom verplicht een privékabinet in de stad te hebben. Hier weze opgemerkt dat het hun niet toegelaten is een speciaal honorarium te vragen aan de patiënten die zij in behandeling hebben en die gehospitaliseerd worden in de zgn. luxueuze en eerste klasse-kamers. Naast deze maandwedde hebben zij recht op een zeker pensioen (na 65 jaar), op een maand verlof per jaar, enz... De «residents» ontvangen eveneens een maandwedde die ongeveer 4 à 500 Turkse liren bedraagt en zij mogen geen private praktijk uitoefenen tijdens hun zgn. opleiding. Gezien enerzijds de onvoldoende vergoeding voor het ziekenhuiswerk en anderzijds het feit dat een te groot aantal privé kabinetten bestaan in de steden, zeker wanneer men weet dat alleen de begoede burgers - en zij vormen toch een kleine meerderheid, - zich de luxe kunnen permitteren een geneesheer-specialist privatim te konsulteren, heerst er een grote en algemene ontevredenheid bij de ziekenhuisgeneesheren. Zo komt het dat meer en meer geneesheren trachten naar andere landen uit te wijken om aldaar hun praktijk uit te oefenen. Zo bezochten wij een ziekenhuis in Ankara waar gedurende de voorbije maand zes geneesheren-specialisten emigreerden naar Duitsland. (Het zijn vooral Duitsland, de U.S.A. en Canada die een grote aantrekkingskracht uitoefenen op de Turkse geneesheren).

Het aantal geneesheren, dat werkzaam is in de openbare gezondheidsinstellingen, is trouwens niet zo heel groot. In 1959 werkten er 1 566 geneesheren-specialisten en 1 437 algemene practici in instellingen die toebehoren aan de Staat (ziekenhuizen, dispensaria, gezondheidscentra, enz...) Dit betekent 24,9 % van al de geneesheren met inbegrip van de specialisten. In 1949 bedroeg het percentage 32,2.

Algemene practici worden niet toegelaten in de algemene ziekenhuizen, ook niet in de kraamafdelingen of in de afzonderlijke kraaminrichtingen. Zij worden echter wel tewerkgesteld in de zgn. gezondheidscentra, in de dispensaria en in de kleine plattelandsziekenhuizen.

In 1959 telde Turkije 1 828 tandartsen d.w.z. een tandarts per 14 459 inwoners. Er is maar één school voor tandartsen nl. te Istanbul waar er in 1959, 64 studenten hun diploma behaalden.

In het zelfde jaar waren in Turkije 1 207 apothekers of een apotheker per 21 899 inwoners. Alleen de Universiteit van Istanbul heeft een school voor apothekers. In 1959 behaalden er 34 studenten hun diploma.

Turkije heeft ook een aantal personen die een opleiding hebben genoten om bepaalde opdrachten te vervullen in het kader van de volksgezondheid met het oog dan vooral op de openbare hygiëne. In 1959 waren er 4 682 «sanitarians». Er bestaat hiervoor slechts één school die in hetzelfde jaar 201 getuigschriften afleverde.

Het tekort aan het nodige «gezondheidspersoneel» doet zich o.i. nog meer voor op het gebied van het verpleegkundig personeel dan op het gebied van het geneeskundig personeel. In 1959 waren in Turkije slechts 1 772 gediplomeerde verpleegsters d.w.z. één verpleegster per 14 916 inwoners. In dit aantal zijn alle verpleegsters begrepen, zowel zij die werkzaam zijn in de ziekenhuizen als daarbuiten. Wij kunnen hier enkele voorbeelden geven over het aantal verpleegsters die werkzaam zijn in een paar ziekenhuizen van Ankara: ziekenhuis A met 50 bedden, 1 gediplomeerde verpleegster, ziekenhuis B met 1 339 bedden, 33 verpleegsters, ziekenhuis C met 220 bedden, 3 verpleegsters. Wel worden deze verpleegsters bijgestaan door zgn. verpleeghelpsters, die een jaar opleiding ontvangen nadat zij de lagere school verlaten hebben. Maar ook dit aantal is zeer miniem en bedroeg in 1959, 1 022 eenheden. Nemen wij dezelfde ziekenhuizen dan zien wij dat ziekenhuis A, 5 verpleeghelpsters heeft, ziekenhuis B, 25 en ziekenhuis C, 20. Alhoewel voor het verpleegkundig personeel geen maximum arbeidsduur is vastgesteld en het dikwijls meer dan 12 h per dag werkt, toch is het voor de hand liggend dat in de ziekenhuizen heel wat verpleegkundig werk verricht wordt door personen die daartoe geen enkele opleiding hebben gekregen.

Er zijn in Turkije slechts 7 verpleegstersscholen die in 1959 in het totaal 107 diploma's hebben uitgereikt.

In 1959 waren er in het totaal 4 789 voedvrouwen waarvan de overgrote meerderheid werkzaam is op het platteland.

II. DE ZIEKENHUIZEN.

In 1959 waren er in gans Turkije 48 240 bedden in verplegingsinstellingen d.w.z. algemene en speciale ziekenhuizen, sanatoria, psychiatrische instellingen enz... alsmede in dispensaria en gezondheidscentra. Dit betekent 1,8 bedden per 1 000 inwoners. Van dit aantal waren slechts 1 703 bedden in 60 private instellingen. De andere bedden horen hoofdzakelijk toe aan het Ministerie van Volksgezondheid en van Sociale Onderstand (32 765), het Ministerie van Arbeid t.w.z. het Instituut der Sociale Verzekeringen, enkele gemeenten, enz...

Hierbij geven wij het schema van het aantal instellingen en bedden volgens de aard der instelling.

Aard	Aantal Instellingen	Aantal bedden
Algemene Ziekenhuizen	198	18 931
Ziekenhuizen voor Kinderen	3	700
Kraaminrichtingen	28	2 753
Universiteitsziekenhuizen	3	3 191
Gezondheidscentra	259	3 590
Dispensaria	1 093	710
Psychiatrische instellingen	4	4 400
Lepra Ziekenhuizen	1	250
Rabies Treatment Centers	4	80
Ziekenhuizen voor Longziekten	61	7 335
Sanatoria en Preventoria	21	3 345
Ziekenhuizen voor Beenderziekten	4	925
Trachoma Ziekenhuizen	6	150
Ziekenhuizen voor Geslachtsziekten	2	140
Asulmus	16	1 740
Totaal	1 606	48 240

Het is overduidelijk dat in Turkije een enorm tekort bestaat aan ziekenhuisbedden. België, Duitsland, Engeland, Frankrijk, de Skandinavische landen... enz. tellen 7 tot 10 bedden voor 1 000 inwoners en hebben bovendien nog een min of meer goede organisatie van diensten voor verpleging ten huize, van preventieve geneeskunde, van openbare hygiëne enz... die in Turkije praktisch onbestaande zijn.

Dit tekort doet zich niet alleen voor op het gebied van de akute ziekten maar ook op het gebied van de zgn. sociale ziekten.

Voor wat de bedden betreft in de ziekenhuizen voor akute ziekten telt Turkije ongeveer 1,1 bed per 1 000 inwoners (in België 4,5). De nood doet zich o.i. nog meer voor op het gebied van de geestesziekten en de tuberculose. Er zijn slechts 0,23 bedden per 1 000 inwoners voorzien in de psychiatrische instellingen (in België 2,7) en voor de tuberculoselijders 0,37 bedden per 1 000 inwoners. Dit laatste getal is normaal te noemen in een land waar de tuberculose in min of meerdere mate overwonnen is, maar dit is niet het geval in Turkije. Men schat het aantal tuberculoselijders ongeveer op 750 000 d.w.z. 2,5 op 1 000 inwoners. Volgens bepaalde studies zou men minstens 30 000 bedden moeten hebben voor de hospitalisatie van de T.B.-lijders.

In die omstandigheden is het dan ook te begrijpen dat alle ziekenhuizen overbezet zijn en een wachtlijst bezitten. In een T.B.-ziekenhuis te Ankara moet men nu reeds wachten tot juni 1963 om te kunnen opgenomen worden. In sommige ziekenhuizen liggen patiënten op sofa's en in een kraaminrichting zagen wij zelfs in verschillende bedden twee vrouwen liggen.

Daarenboven zijn er vele ziekenhuizen die zeer oud zijn en die niet meer voldoen aan de eisen die op dit ogenblik aan een ziekenhuis moeten gesteld worden. Wel hebben wij enkel nieuwe ziekenhuizen kunnen bezichtigen maar de nood én aan meer bedden én aan vervanging van oude instellingen is zo groot dat zij slechts een druppel water in de zee betekenen.

Zoals de geneesheren voor de overgrote meerderheid in de grootsteden gevestigd zijn, zo ook vindt men daar haast uitsluitend de ziekenhuizen.

Op het platteland zijn zij schaars en de patiënten die aldaar moeten gehospitaliseerd worden, worden in vele gevallen opgenomen in de dispensaria en de gezondheidcentra die over bedden beschikken. Ziekenhuisplanning is een woord dat in Turkije niet bestaat en van overal komen de patiënten toegestroomd naar Istanbul, Ankara en Izmir.

Kenmerkend is dat in de grote steden van Turkije een hele reeks ziekenhuizen bestaan die door en voor de leden van de vreemde

kolonies werden opgericht. Zo b.v. treft men in Istanbul een Duits, Frans, Italiaans, Bulgaars en een Amerikaans ziekenhuis aan. Ook telt Turkije meer dan 80 militaire ziekenhuizen die niet alleen bestemd zijn voor de militairen maar ook b.v. voor de familieleden van de officieren. Zelfs worden er in de meeste ziekenhuizen gewone burgers opgenomen. Zo waren tot voor kort in het militair ziekenhuis van Gulhane te Ankara 50 % van de gehospitaliseerden gewone burgers van de stad. Op het ogenblik van ons bezoek was dit aantal gedaald tot 15 %

Geen enkel patiënt, hetzij hij behoeftig is of niet, heeft in het openbaar ziekenhuis iets te betalen voor de medische behandeling als dusdanig en voor de geneesmiddelen. Alleen dient hij te betalen voor de hospitalisatie. De prijzen worden jaarlijks door de Minister van Volksgezondheid en van Sociale Onderstand vastgesteld en zij variëren van het ene ziekenhuis tot het andere. Twee voorbeelden van prijzen in ziekenhuizen die wij hebben bezocht: ziekenhuis A: 30 Turkse liren voor een eerste klas kamer, 15 voor een tweede klas kamer en 7,5 voor een derde klas kamer; ziekenhuis B: 50 Turkse liren voor een luxekamer, 30 voor een eerste klas kamer (één bed), 20 voor een tweede klas kamer (drie bedden) en 10 voor een derde klas kamer (vier of meer bedden). De overgrote meerderheid van patiënten in de openbare ziekenhuizen zijn echter behoeftig en dienen bijgevolg niets te betalen. In verschillende ziekenhuizen, die wij bezocht hebben, bedroeg het aantal behoeftigen 90 % van het totaal aantal gehospitaliseerden.

Ieder ziekenhuis beschikt over een grote afdeling voor externe raadplegingen, nog polikliniek genoemd. Hier komen alle behoeftigen en minder begoeden naar toe gestroomd gezien zij per raadpleging slechts 1,5 Turkse liren moeten betalen. Een huisdokter kennen deze mensen niet en zodra zij zich ziek voelen, wenden zij zich tot het ziekenhuis. Een ziekenhuisgeneesheer onderzoekt en behandelt gemiddeld 40 patiënten per dag d.w.z. van 8 tot 14 uur in zijn poliklinische afdeling. Dit doet hij naast zijn gewoon werk voor zijn gehospitaliseerde patiënten. Het is ook de taak van deze poliklinieken alle medische attesten af te leveren die om wettelijke of om rechterlijke redenen worden vereist zoals b.v. voor diegenen die zich kandidaat stellen voor een openbare betrekking. Vandaar de al te grote belasting van de ziekenhuisgeneesheren. De gemiddelde ligduur van de patiënten verschilt natuurlijk van het ene ziekenhuis tot het andere, maar over het algemeen ligt deze tussen 10 en 15 dagen. In vele kraaminrichtingen bedraagt de ligduur 3 dagen, alhoewel de wet voorschrijft dat de moeder minstens 7 dagen in de instelling moet blijven.

Wat het equipement van de ziekenhuizen aangaat, hebben wij de indruk dat deze voldoet aan de minimale eisen terzake, tenminste voor wat betreft de grote specialistische diensten. Er is echter een

groot gebrek aan de zgn. sub-specialistische departementen die praktisch onbestaande zijn. Wel heeft men er de nodige geneesheren-specialisten voor die hiertoe een vorming hebben genoten in het buitenland, hoofdzakelijk in de U.S.A., maar de diensten zelf ontbreken zodat de geneesheren moeilijk hun verworven kunde kunnen toepassen.

Ook heeft het gebrek aan plaats in de ziekenhuizen een zekere invloed op het equipement. Zo ziet men b.v. dat praktisch iedere operatiekamer twee tafels telt waarop gelijktijdig gedurende de voormiddag wordt geopereerd.

De interne organisatie van de ziekenhuizen laat o.i. veel te wensen over. Dit is o.m. te verklaren door het enorm gebrek aan personeel, de drukke bezetting van het ziekenhuis en het feit dat de geneesheren-specialisten slechts tijdens de voormiddag in het ziekenhuis werkzaam zijn. Het staatsziekenhuis wordt rechtstreeks beheerd door het Ministerie van Volksgezondheid en van Sociale Onderstand. Kenmerkend is wel dat alle ziekenhuizen afhangen, en dit onder alle aspekten, van de algemene direktie van de sociale onderstand en niet b.v. van de algemene direktie van de volksgezondheid. Het ziekenhuis wordt in Turkije nog steeds in de eerste plaats beschouwd als een instelling van openbare onderstand en niet als een medisch-wetenschappelijk centrum. De dagelijkse leiding van gans het ziekenhuis d.w.z. zowel van de medische als van de huishoudelijke, administratief-ekonomische en technische diensten, is in handen van een geneesheer. Deze laatste is gewoonlijk terzelfdertijd hoofd van een bepaalde medische dienst en na 14 h is hij werkzaam in zijn privé kabinet in de stad. Het is begrijpelijk dat hij in deze omstandigheden geen echte leiding kan geven in het ziekenhuis en dat er heel wat zaken aan de willekeur van het personeel worden overgelaten. In geen enkel ziekenhuis bestaat een sociale dienst alhoewel de overgrote meerderheid van de patiënten echte sociale gevallen zijn. Het algemeen begrip «maatschappelijk werk» is trouwens in Turkije volledig onbekend. Alleen voor wat betreft de geneesheren bestaat in het ziekenhuis een zekere hiërarchie. In een opleiding van kaderpersoneel in de verpleegkundige diensten wordt niet voorzien.

III. DE ZIEKTEVERZEKERING.

Het stelsel van de sociale zekerheid werd in Turkije op een progressieve wijze ingevoerd (7). Achtereenvolgens werden volgende sociale wetten van kracht:

— *de wet op de arbeidsongevallen en de beroepsziekten in* 1946.
— *de wet op de ouderdomspensioenen, de invaliditeit en het overlijden in* 1950. *Deze wet werd grotendeels vervolledigd in* 1957.
— *de wet op de ziekteverzekering in* 1950.

Deze sociale verzekeringen zijn alleen voorzien voor de personen, werkzaam in die instellingen die als dusdanig door die wetten worden bepaald:

— *de wet nr 3 008 (het wetboek van de arbeid) voorziet in het algemeen de mijnen, de industriële en kommerciële ondernemingen, de transportondernemingen en zekere diensten die minstens 10 arbeiders tellen.*
— *de wet nr. 5 953 bepaalt dat de journalisten en de bedienden, die werkzaam zijn in het persbedrijf, van de sociale zekerheid kunnen genieten.*
— *de wet nr. 6 379 (wetboek van de arbeid op zee) tenslotte onderwerpt eveneens al het personeel der zeevaart aan de sociale zekerheidswetten.*

In 1961 waren er ongeveer 600 000 sociale verzekerden in Turkije op een totale bevolking van bijna 30 millioen. (8)
Het systeem der sociale zekerheid wordt rechtstreeks beheerd en geleid door het zgn. Instituut der Sociale Verzekeringen dat een integraal deel uitmaakt van het Ministerie van Arbeid. In 28 steden van het land is er een vertegenwoordiger van dit Instituut. De wet op de ziekteverzekering, die bij de aanvang slechts van toepassing was in vier provinciën en die nu van kracht is op gans het grondgebied, voorziet enerzijds het uitkeren van een vergoeding voor het loonverlies en anderzijds een volledige kosteloze medische behandeling door een geneesheer, hospitalisatie, geneesmiddelen, gebruik van aparaten, nodig voor de behandeling, en ten slotte de terugbetaling van eventuele verplaatsingsonkosten.
Hierbij weze opgemerkt dat alleen de werknemers, werkzaam in de instellingen, voorzien door de hierboven vermelde wetten, van deze voordelen kunnen genieten en niet diegenen die eventueel van hun loon afhankelijk zijn voor wat betreft het levensonderhoud d.w.z. echtgenote en kinderen.

De geneeskundige zorgen worden hoofdzakelijk verstrekt in de instellingen die door het Instituut der Sociale Verzekeringen worden opgericht en uitgebaat. In 1961 telde dit Instituut 26 ziekenhuizen met 2 605 bedden, een sanatorium met 510 bedden, 2 dispensaria met 42 bedden, 19 dispensatia zonder bedden en 24 gezondheidscentra. Zowel de geneesheren als het gewone personeel worden door het Instituut benoemd en betaald. De sociaal verzekerden dienen zich in principe tot deze instellingen te wenden voor diagnose, behandeling en hospitalisatie. Nochthans volstaan deze instellingen niet, noch de geneesheren die er in werkzaam zijn. Om die reden heeft het Instituut een kontrakt afgesloten met sommige geneesheren en instellingen voor de behandeling en de hospitalisatie van sociaalverzekerden.

BESLUIT.

Wij zouden de voornaamste problemen van de gezondheidszorg in Turkije als volgt kunnen resumeren:

1. Enorm gebrek aan geneesheren, aan para-medisch personeel en inzonderheid aan verpleegkundig personeel. Hieraan zou o.i. kunnen verholpen worden door de oprichting van meerdere scholen, door een beter honoreren der geneesheren en door een betere salarisregeling van het ziekenhuispersoneel. Het is duidelijk dat 3 medische fakulteiten en 7 verpleegstersscholen niet volstaan voor een land met 30 miljoen inwoners. Bovendien is het begrijpelijk dat men in de ziekenhuizen moeilijk geneesheren-specialisten en verpleegsters kan aantrekken wanneer men respektievelijk gemiddeld 1 300 en 400 Turkse liren per maand betaalt. Een betere bezoldiging zou trouwens toelaten de geneesheren full-time aan het ziekenhuis te verbinden wat o.i. noodzakelijk lijkt.

2. Een zeer ongelijke spreiding der geneesheren over het land. Om dit probleem op te lossen zou men de wet terzake moeten toepassen waardoor de jonge geneesheren verplicht worden eerst enkele jaren hun praktijk uit te oefenen op het platteland vooraleer zich definitief te vestigen. In Griekenland wordt een zulkdanige wet met veel sukses toegepast. Ook dienen o.i. speciale voordelen toegekend aan diegenen die op het platteland de geneeskunde willen uitoefenen.

3. Enorm gebrek aan ziekenhuisbedden voor de hospitalisatie zowel van akute als van sociale zieken. Het aantal ziekenhuisbedden per 1 000 inwoners in Turkije is wellicht het laagste in het zgn. Westelijk Europa. Het probleem stelt zich wel het scherpst voor wat betreft de hospitalisatie van geesteszieken en van tuberculoselijders.

4. Een te grote koncentratie van de ziekenhuisbedden in de grootsteden. Een regionale planning dringt zich op zoals deze wordt toegepast in Engeland, Frankrijk, Griekenland, Portugal, de Skandinavische landen enz... Het patroon van lokale, regionale en universitaire ziekenhuizen zou kunnen gevolgd worden.

5. Het gering aantal personen die door de ziekteverzekering gedekt worden t.w. 2 %.

Hoe belangrijk deze problemen ook mogen zijn, toch mag men niet uit het oog verliezen dat, wanneer men ze zou kunnen oplossen, de gezondheidszorg in Turkije slechts gedeeltelijk daardoor zou bevorderd worden. Immers, wat baat het een voldoend aantal geneesheren te hebben als er millioenen mensen in krotten en hutten huizen? Wat baat het een voldoend aantal ziekenhuisbedden te hebben als een groot deel van de bevolking in de meest onhygiënische omstandigheden leeft en zelfs ondervoed is? De primordiale taak van de Turkse Staat is daarom op het gebied der volksgezondheid de oorzaken van vele ziekten weg te nemen door het verschaffen van een menswaardige huisvesting, van een betere voeding, van een zuivere werkgelegenheid, van meer onderwijs en opvoeding, van een hygiënisch werk- en woonmilieu (drinkwatervoorziening, afvoer van vuil water en vuilnis, enz...) enz... In 1959 bedroegen de uitgaven voor volksgezondheid en sociale onderstand in Turkije slechts 5,19 van de totale staatsuitgaven. Dit bedrag zal men in de toekomst in niet geringe mate moeten verhogen zo men werkelijk enige verbetering wil brengen in de gezondheidszorg van de bevolking

(1) *De auteur heeft tijdens de maand november* 1962 *een studiereis gemaakt in Turkije in het kader van een research-fellowship die hem door de Nato werd toegekend teneinde een vergelijkende studie te maken over de organisatie van de gezondheidszorg in de Natolanden.*

(2) *Turkije maakt o.m. deel uit van de Nato, de Europese Organisatie voor Ekonomische Samenwerking en de Raad van Europa.*

(3) *De meeste statische gegevens zijn geput uit het «Report of the Activities of the Ministry of Health and Social Assistance and Yar-book of medical statistics* 1956-59*» Prepared by Dr. Yusuf Tunca Ankara* 1961. 358 *blz.*

(4) *De bevolking telde in* 1959, 27 017 000 *inwoners.*

(5) *Door de Fakulteit voor Geneeskunde te Istanbul b.v. werden dit jaar* 600 *studenten aanvaard. Er waren echter* 4 000 *kandidaten.*

(6) *«Projet du plan quinquennal pour la lutte contre le tuberculose soumis au Ministère de la Santé par l'Association Nationale Turque contre la Tuberculose». Istanbul* 1962. *p.l.*

(7) *Men raadplege o.m.: «Les problèmes du travail en Turquie». Istanbul Mathaasi.* 38 *p.* — *«A brief explanation of Turkisch Labor Legislation ans Social Security System» Ankara.* 1961. 14 *p.*

(8) *De cijfers in dit deel van onze bijdrage werden geput uit: «Statistiques du travail et de l'Activité de l'Institution des Assurances Ouvrières. Année* 1961*» YenidesenMathaasi.* 1962. 142 *p.*

Levend contact met Rome

prof. p. fransen, s. j.
Heverlee- Innsbrück

*«Ik heb de Kerk ontdekt,
de Moeder van alle Volkeren».*

Eerste resultaten van het Concilie.

I. Ontdekking van de Catholica.

Wij Europeanen zijn naar het Concilie vertrokken met het vaste besluit onze eigen problemen op te lossen. Het Concilie had trouwens vooral in Europa een sterke weerklank gevonden. In Duitsland, Frankrijk en Nederland, minder in België, Oostenrijk en Zwitserland, had men congressen belegd, gediscuteerd in kranten en op Vergaderingen. Grote theologen als Hans Küng, Congar, Rahner hadden de mensen doen nadenken. Men was reactionair of progressief, men was ervoor of ertegen, maar men sprak erover. Dit is niet overal het geval geweest. Engeland, Ierland en de Verenigde Staten waren praktisch onberoerd gebleven. Een Angelsakser voelt zich reeds «rather uneasy», zo gauw hij hoort dat hij iets in zijn levenstrant zou moeten veranderen. Zijn praktische zin maakt hem wantrouwig tegenover het «geklets» van de kontinentalen. Hoe kon men op een zo talrijke vergadering diskuteren over zulke delikate onderwerpen! Zij zijn ook op het Concilie erg traag losgekomen, en, op enkele uitzonderingen na, erg geïsoleerd gebleven.

De «jonge kerken», meestal verwikkeld in de onmiddellijke strijd om de politieke en sociale ontvoogding, dikwijls erg verarmd en vereenzaamd na het vertrek van de koloniale machten, zonder eigen pers noch radio, hadden dikwijls niet eens de tijd om zich met de «verre» aangelegenheid in te laten. De meeste bisschoppen uit Azië en Afrika kwamen onvoorbereid op het Concilie aan. De Romeinse administratie had de eerste reeks «schemata», waarop zij nog schriftelijk konden antwoorden, te laat verstuurd, en dan nog dikwijls door de bemiddeling van de Apostolische Delegaten, in Afrika soms tot 40 000 km verwijderd van bepaalde bisdommen. Zij hadden in alle geval niets of ook te laat ontvangen.

De eerste dagen in Rome werden voor hen een ware nachtmerrie. De meesten kenden noch de taal noch de stad, wisten niet wat zij er kwamen doen, en moesten reeds de derde dag 160 specialisten kiezen uit een aantal van 2 500 bisschoppen die hen totaal onbekend waren. Het werd een ware paniek.

Zuid-Amerika had ook zijn eigen zorgen. Verscheurd door revoluties, verarmd door geldontwaarding en sociale spanningen, geplaagd door protestantse sekten en door een hysterische heropleving over heel het kontinent van spiritisme, bijgeloof en voodoo, verbitterd wegens het onbegrip van de Curie en de pauselijke nuntii, die ginds heel wat meer tussenkomen in kerkelijke aangelegenheden dan bij ons in Europa, waren de meeste Zuid-Amerikaanse bisschoppen enkel naar Rome gekomen om een drastische oplossing af te dwingen voor hun pastorale problemen.

In Italië had men over het Concilie nog maar weinig «durven» spreken. De klerikale traditie waarin de meeste bisschoppen nog vastzitten, stijfde hen in de overtuiging dat dit enkel hun zaak was, waarmede de leken vooralsnog weinig te maken hadden. De kringen van de Curie waren nooit erg opgezet geweest met de aankondiging van het Concilie: «un quarto d'ora di pazzia»: een kwartier waanzin, had een bekende kardinaal «sotto voce» bekend! Zij hadden met merkbare tegenzin aan de voorbereiding medegewerkt, en heel hun diplomatie in het werk gesteld om het ergste kwaad te voorkomen. Dit alles was te verwachten. Beambten zien niet graag hoe «buitenstaanders» hun fijn geolied administratief raderwerk met onbeholpen handen onklaar maken. Zij werden echter door paniek aangegrepen, wanneer zij de binnengekomen rapporten van de bisschoppen doornamen, waarin voortdurend aangedrongen werd op decentralisatie en internationalisatie van de Curie. Dit angstcomplex heeft hen, zowel bij de voorbereiding van het Concilie als op het Concilie zelf veel psychologische fouten laten begaan.

De Italiaanse bisschoppen hebben in Italië praktisch niet veel gezag. De Curie is te dichtbij; zij zijn vooral erg onder elkaar verdeeld over de politiek: «apertura a sinistra, ja dan neen?» Bij sommigen blijft nog iets hangen van het heimwee naar de dagen van het facisme, iets dat sterk opkomt bij een deel van de Italiaanse burgerij en zijn weerslag vindt in de voornaamste kranten van het land. Zo iets als de «Libre Belgique» bij ons, die erg vroom doet, zo gauw gevestigde belangen worden bedreigd!

Men kon zich dus moeilijk een meer disparate vergadering voorstellen. Zelfs de UNO heeft ten minste het voordeel, dat de vertegenwoordigers vertrouwd zijn met het politieke spel, en in de schoot van de Algemene Vergadering drie blokken vinden, waardoor zij op de voornaamste vragen een pasklare oplossing voorgediend krijgen. Op het Concilie had elke bisschop zijn eigen problemen. Niemand was erg vertrouwd met de praktijk van een diskussie op een grote vergadering. Elke bisschop had zijn probleem, en naar het scheen, had het Concilie er geen. Karl Rahner zei eens schertsend: «Vroeger zocht men een Concilie om een concreet probleem op te lossen; nu zoekt men een probleem om het Concilie bezig te houden!»

De Paus had wel de algemene hervorming van de kerk als onmiddellijke werkbasis voorgelegd, en dit als voorbereiding op de eenheid met de andere kristelijke kerken. Maar op zichzelf zijn deze twee doelstellingen tamelijk algemeen en vaag. Gelukkig bleef men niet lang in het vage, en na de verkiezing van de Konciliaire kommisieleden, kreeg men een duidelijk geschreven tekst ter bespreking: het schema over de H. Liturgie.

Men zal de historische, en dus ook de providentiële betekenis van deze keuze, juist bij de aanvang van het Concilie, nooit hoog genoeg aanslaan.

De meeste bisschoppen zijn geen theologen, maar mensen van de praktijk die een zware verantwoordelijkheid hebben in het bisdom dat hen werd toevertrouwd. Dit geldt nog het meest voor de bisschoppen in de missies, de «jonge kerken», zoals men deze tegenwoordig noemt. Deze bisschoppen vonden dan ook meteen, na enkele dagen aarzeling, hun vertrouwen terug. Weldra gaven ze dan ook blijk van een door niemand verwachte initiatief- en stootkracht. Hierover hadden zij iets te zeggen, en zelfs heel wat te zeggen. Het vacuum van de eerste week, wanneer zij in een onbekende stad en een onbekend midden plots voor de keuze van 160 leden voor de conciliaire kommisies, gesteld werden, had ze samen gedreven op zoek naar raad en steun. Bisschopskonferenties werden opgericht, verder georganiseerd met voorlichtingsavonden en onderlinge diskussies. De meeste aandacht trok weldra de Panafrikaanse Bisschopskonferentie met haar negen kommissies - voor elke verwante volkerengroep één - met haar arbeidsgroepen die de thema's van de conciliaire besprekingen moesten voorbereiden.

Ook Zuid-Amerika vond in deze discussies over de Liturgie de vurig verwachte gelegenheid om de eigen pastorale problemen aan het concilie voor te leggen. Zelfs de Angelsaksische wereld, alhoewel eerder weigerig om in haar religieuze levenstrant veel te veranderen, kwam in de loop van deze diskussies stilaan in beweging. Men discuteerde ten minste over praktische zaken en niet over abstracte theologische bespiegelingen. Een tamelijk conservatief Amerikaans bisschop zou na een maand aandringen op meer voorlichting en studie, «because the negro bishops at the Council are smarter than we are!» Gezonde naijver wekt wonderen! Het was vooral gedurende de lange besprekingen over de Liturgie - ze duurden van 22 oktober tot 13 november met 328 tussenkomsten die ongeveer 1 500 amendementen opbrachten! - dat zij elkaar ontmoet hebben, en meteen de Kerk leerden kennen zoals deze in feite leeft over de wereld, hare vele problemen en zorgen, hare smart en hare troost, hare vervolgingen en hare triomfen. Zij ontdekten vooral dat andere problemen een nog diepere betekenis hadden dan wat zij vermoed hadden. In Europa zitten wij nog veelal met een ietwat esthetische opvatting over de Liturgie; wij wensen de volkstaal, omdat ons dat gunstiger lijkt voor de ontvoogding van de leek in de Kerk. Maar in andere landen is het een kwestie van leven of dood. «Wat spreekt u mij altijd over het Missaal», verklaarde kard. Gracias van Bombay. «In mijn land kunnen 65% van de mensen niet lezen. Wat moeten zij wel doen, zo zij uw latijn niet verstaan?»

Elke mens, en de bisschop is ook een mens, stelt zich de Kerk voor, zoals hij ze thuis ontmoet in zijn parochie. Soms weet hij iets meer over zijn eigen land, en wellicht nog een of ander over de nabuurlanden die hij bezocht heeft. Wil men

«katholiek» zijn, dan moet men zo wat leven zoals de nette mensen dat doen in eigen dorp of stad. Op het Concilie ontdekten zij, dat in de eenheid van hetzelfde geloof en rond dezelfde stoel van Petrus, een ontzaglijke mogelijkheid van variëteit en rijkdom bestaat, wanneer elk volk, elke kultuur in de Kerk haar eigen «Heimat» zal gevonden hebben.

Meteen ontspande zich een tamelijk simplistische voorstelling van de katholieke eenheid, spontaan gedacht als monolythische uniformiteit, tot een soepele opvatting van een levende eenheid in de verscheidenheid. Op het Concilie werd elke morgen de H. Mis gelezen in een andere ritus. Men heeft zelfs oude Misliturgieën van de latijnse Kerk, die nu nog enkel onder de vorm van privilegie blijven voortleven in één kerk, één abdij of één diocees, weer nieuw leven geschonken en luister (zoals de grootse ambrosiaanse liturgie van Milaan die werd gevolgd op de vierde verjaardag van de kroning van de Paus).

Het was telkens hetzelfde heilige Mysterie van ons geloof, of nu de Ethiopiërs met tromgeroffel, handgeklap en dans de ceremonies leidden, of de Melkieten in zangerig en gutturaal araabs oude gebeden en litanieën zongen, overgeleverd uit de eerste eeuwen van de Kerk, veel ouder eigenlijk dan sommige delen van onze Romeinse Mis. Herhaalde malen bekloegen zich de Oosterlingen over de hoogmoed van de Latijnen. Wanneer deze over de «Katholieke Kerk» spraken, dachten zij altijd spontaan eerst aan de Westerse Kerk, en dan in een tweede beweging, wilden zij wel het Oosten erbij nemen, als een toemaatje waar men nu helemaal niet buiten kan. De Oosterse Kerken zijn geen dochterkerken van Rome, als b.v. de Afrikaanse Kerken, maar zij werden gesticht door de Apostelen, en bestonden vooraleer Rome een eigen traditie opende. Men heeft tot de IVde eeuw in Rome in het Grieks gebeden, omdat iedereen deze taal beter dan het Latijn verstond.

Meteen ontdekte men ook «de vrijheid van de kinderen Gods», die het Katholicisme eigen zou moeten zijn. In de strijd tegen de protestanten, en later tegen de moderne ketterijen en het ongeloof, had men zich ingemuurd en ingemetseld, soms in getto's, omringd met wetteksten, verboden en geboden, geleefd als in een belegerde vesting. Spontaan ging men meer letten op de eenvormigheid van 't uitwendige leven dan op de eenheid in de liefde. Zonder het te weten was men stilaan hervallen in een soort rabbinisme, waar Paulus zo hevig tegen gestreden had. De vroomheid wordt bij de Wet bepaald, en het konformisme tekent de «goede katholiek». Wat daarbuiten leeft, zijn de «slechten»! En nu stond men plots voor de openbaring van een vrijheid, die Kristus ons gegeven had, die de harten verruimde en de liefde terugbracht.

Het Concilie heeft in zijn eerste zittingstijd niet veel teksten uitgevaardigd. Maar wat hier in Rome is gebeurd, en op een brede golfslag zich over de wereld zal verbreiden, blijft van onschatbare waarde en betekenis. Een Italiaanse jounalist vroeg aan een zwarte bisschop wat hem op het Koncilie het meest getroffen had. Met brede glimlach antwoorrdde deze enthoesiast: «Ik heb de Kerk ontdekt, de Moeder van alle volkeren».

gaaf en rijk, ONS gezin

Het leven van een christelijke dokter beweegt rond drie polen, die tevens drie fundamentele waarden zijn; **geloof, gezin, beroep.** *Deze drie levensuitingen zijn onderscheiden, maar niet gescheiden; in de praktijk zijn zij zodanig dooreengegroeid dat een verbeterde opvatting van de éne waarde steeds een gunstige weerslag heeft op de andere. Opzettelijk hebben wij het* **beroep** *in de derde plaats vernoemd. Niet dat wij het minder achten of onderschatten, wel integendeel Door iedereen wordt de geneeskunde onder de schoonste beroepen gerangschikt. Daarnaast neemt ons beroep de schoonste uren van de dag (en veelal ook de nacht) in beslag. En wanneer 's avonds de laatste zieke verzorgd is, zouden wij een tweede dag kunnen gebruiken om de geziene gevallen te bestuderen en de vakliteratuur bij te houden. Voor ons dokters is «geneeskunde uitoefenen» het meest-kenschetsend van onze persoon (vergelijk met het huwelijk, waar de vruchtbaarheid de finis primarius is). Nochtans is ons beroep niet onvervangbaar; wij zouden van beroep kunnen veranderen en toch als mens en persoon even waardevol blijven. Hetzelfde kan niet gezegd worden van de andere polen, geloof en huwelijk. Het* **geloof** *van de christen bestaat niet zozeer in het merkteken van het doopsel of in de louter-verstandelijke kennis van een reeks geboden. Christelijk geloof is «daadwerkelijke·» verbondenheid met de mensgeworden God, Jezus Christus. «Daad-werkelijk» is «werken in daden». Dit effectief pleonasme betekent dat geloven in de Heer, ook medewerken betekent met Zijn werk. Christus is het zichtbaar teken op aarde van Gods naderende Liefde tot de mens; zijn leven is één daad van liefde. Onze gebondenheid met Hem kan dan ook niets anders zijn dan een mede-beoefening van liefde: een naastenliefde. Onze naaste ontmoeten we nu elke dag, in beroep en huwelijk; echtgenote en patiënt zijn de meest-nabije personen, welke onze liefde-praktijk ondervinden. Het* **gezin** *van een geneesheer blijft dikwijls in de schaduw van een drukke praktijk. Patiënten eisen gaarne «gans» hun geneesheer op en vinden het heel natuurlijk dat een dokter thuis enkel komt eten en slapen. Onze echtgenote moet daarom dikwijls acrobatiën uitvoeren om ons voor zich zelf of voor de kinderen te pakken te krijgen. In de vorige jaargangen van het St-Lucastijdschrift werden reeds dikwijls bijdragen gebracht over geloof en beroep en ook over huwelijksbeleving. Nochtans menen wij nu dat in ons blad én de echtgenote én de kinderen recht hebben op «een hoekje in het boekje» van vader. Op korte en concrete wijze willen wij hier medeleven met de evolutie van huwelijk en opvoeding. Wij durven hopen dat de echtgenote deze rubriek zal waarderen en ons met haar mooie hand reacties en suggesties zal mededelen. Het is zo dat Kerk en Staat zeer bezorgd zijn om het geluk van echtparen en om de opvoeding van de kinderen. Steeds nieuwe lagen van bevolking krijgen meer vrije tijd en meer kultuur. Aan ons dan de meeste waarde te hechten aan wat meest belangstelling verdient. Misshien zullen de dokters morgen nog niet over een vijfdagenweek beschikken. Nochtans willen wij de luttele uren, besteed aan gezin en kultuur, gebruiken op een efficiënte wijze; wat wij hopen en waartoe wij een steentje willen bijdragen.*

dr. n. v.

— *Als je de gelukkige moeder van elf kinderen bent en alles loopt gesmeerd, kan je je zo moeilijk indenken dat een gezin van vier in de volle zin een goed gezin kan zijn.*

— *Als je huwelijk kinderloos blijft en je zou hemel en aarde bewegen om toch maar een kind te krijgen, doet een vraag over kinderbeperking je pijn.*

— *Als je zelf voor de harde keuze tussen liefde en kuisheid gestaan hebt of nog staat, vind je het beroep op de liefde vanzelfsprekend.*

— *Als je opgevoed bent in een gezin met strakke regels en gewoonten, dan zal je gemakkelijk ook van «Moeder de Kerk» op dit moment meer strakheid inzake huwelijksproblematiek verwachten. En zo kan je verder gaan.*

— *Eerbied, openheid voor het gelovige hart, voor het goedwillende geweten van onze mede-mensen acht ik geweldig belangrijk.*

— *Wij moeten ons hart open houden om het uit te houden.*

— *In dit alles zo scherp belichtend neon-tijdperk moeten we het aandurven met vraagtekens te leven. De twijfel twijfel laten. Geen onvruchtbare twijfel die je in je eigen kringetje opsluit. Dat kan alleen maar voeren tot steeds grotere eenzaamheid, valse berusting, tot wanhoop. Maar de echte twijfel (die evengoed tegenover een gemakkelijke zekerheid staat) wil boven zichzelf uitgroeien.*

— *Misschien ontdekken we zo dat het leven méér is dan «denken». Dat het voor alles leven is — en dat is liefhebben, wantrouwen, risiko nemen, ja-zeggen op de pijn van de twijfel.*

— *We kunnen alleen maar proberen met onze vragen te leven. Te durven leven zonder verbitterd of wanhopig te worden. In de groeiende overgave aan de werkelijkheid ligt het geluk en onze bevrijding. Want in die menselijke werkelijkheid is de Heer aanwezig, al merken we daar soms bitter weinig van. Hij beloofde trouwens nergens dat Hij al onze moeilijkheden zou oplossen, wel dat Hij alles verlossen zou.*

(dr. H.L.M. Spee. — in pag. 29-30)
Huwelijk en Huisgezin — nr. 1 — jan. '63 maandblad voor Nederland en Vlaanderen — Ginneken Bavel).

Trouwens een gezin stichten, alle kinderen die komen aanvaarden, hen in deze onzekere wereld in leven houden en hun zelfs nog enigszins leiding geven is het grootste dat een mens tot stand kan brengen.

Franz Kafka.

10 jaar gezinsgroepen van Onze-Lieve-Vrouw 18-11-'62

Inleiding

Toen wij als geïnteresseerd toeschouwer op 18 *november* 1962 *de bomvolle Dierentuinzaal te Antwerpen betraden, waar de Gezinsgroepen van Onze-Lieve-Vrouw hun tienjarig bestaan herdachten, voelden wij ons gegrepen door de levenskracht van een dergelijk verdiepingsinitiatief. Ofschoon wij persoonlijk eerder sceptisch en dus helemaal niet wild-enthousiast gestemd stonden tegenover de reële mogelijkheden van soortgelijk groepswerk rond het gezin — en ons hierom moeilijk een tekort aan kritische objektiviteit kan verweten worden — moeten wij bekennen dat, op de ontmoetingsdag van duizend Vlaamse gezinnen, de groeikracht van deze opbouwende gezinsaktie ons verraste. Een euforisch gevoel, vooral in een Dierentuinzaal, kan misleidend inwerken en de zin voor realiteitsproporties beperken. Wanneer wij echter, zoals op dit terrein, herhaald gekonfronteerd worden met noodsituaties en een kerk in verlossingsnood, dan kwam hier, ondanks alle euforie, toch glashelder vast te staan, dat de meest kenmerkende doelstelling van deze gezinsgroepen en meteen de moeilijkste te realiseren — d.i. geroepen te zijn tot de volle en volwassen ontplooiing van het kristelijk huwelijksleven, door een oprecht en volgehouden streven wordt benaderd en wellicht ook wordt bereikt.*
Het bevorderen van een openhartig gesprek tussen man en vrouw, het naar elkaar toegroeien, nu juist vanuit het huwelijksleven, het oprecht zoeken naar een hoger en bewust religieus niveau, en deze zware opgaven realiseren in de levende cel, die het gezin voor de kerk betekent, léek ons moeilijk om in groepsverband te verwezenlijken. De resultaten, tastbare of ontastbare achter het ijzeren gordijn van het huwelijk bewijzen echter, na tien volle werkingsjaren, dat het geen illusie was of is. Meteen wordt ook bewezen dat het authentiek kristelijk gezin, wellicht juist omwille van de soms harde ervaring in eigen noodsituatie opgedaan, openstaat voor de naar wezen en geaardheid verschillend genuanceerde, doch even specifieke nood van de andere gezinnen. Het wordt dan een helpen en een geholpen worden. Het primum movens wordt de gegeven hulp, niet de ontvangen hulp. Aldus ontstaat en groeit een vruchtbare wisselwerking tussen gehuwde leken, die beter dan wie ook, en vaak ook beter dan de priester, de eigen specifieke moeilijkheden en konfliktproblemen kennen en begrijpen. De priester fungeert hier vooral als bezielende kracht.
Terwijl de zaal, in volkomen harmonie, biddend zong, viel ons oog op de lange, ascetisch-magere figuur van een priester, die zich sinds jaren inspant voor de uitbouw van dit initiatief tot kristelijke herbezinning en herbronning, vooral in gezinsverband. Ondanks het besef dat de kern van de zaak bij de gehuwden zelf ligt, meenden wij toch goed te doen een rustig gesprek met hem te voeren, waarvan U hierna de weergave vindt.

Typisch voor onze eeuw is het besef dat het apostelaat begint door het getuigenis der liefde en door de onderlinge hulp tussen naastbestaanden.

meer begrip door vraag en antwoord tussen

de redactiesecretaris en **mag. Paul Anciaux, Mechelen**

We hebben steeds de indruk gehad dat het hier ging om een importartikel van Franse oorsprong? Is dit waar. Zo ja, dan menen wij dat deze gezinswerking voor het Vlaams temperament op moeilijkheden van psychologische aard stuit. Zo neen, wat is er veranderd, en hoe werd een eigen stijl gecreëerd? U gelieve hierbij te bedenken dat wij deze vraag niet stellen uit kleinzielig chauvinisme, wel uit oprechte waardering voor het Franse werk, dat misschien niet aangepast is aan onze eigenheid.

Dit is een klassieke opwerping, die van Noord naar Zuid steeds weer gemaakt wordt. In het Noorden van Frankrijk zegt «men» dat dit speciaal bedoeld is voor het Zuiden, in België zegt «men» dat dit goed is voor Franse mensen (om nog te zwijgen over de typische Vlaams-Waalse tegenstelling) en in Nederland zegt «men» dat het typisch Vlaams is. In Duitsland zegt wederom het naamloze «men» dat het opzet te Frans is en dus niet goed. Doorgaans worden voornamelijk door deze kritiek de zogezegde «publieke biecht» en het «spontaan gebed» bedoeld. Wat «men» helemaal ten onrechte een «publieke biecht» heeft genoemd is in feite een « rondvraag » waarbij de gezinnen samen hun verplichtingen bespreken en de wijze nagaan waarop zij deze vervullen: een soort «révision de la vie», een elkaar mededelen hoe ieder het doet. Dit betekent dan een vrijwillig aanvaarde steun — parallel aan de werkrichting van onze groepen — de verdieping door wederzijdse hulp. Wat men met een misleidend woord «het spontaan gebed» heeft genoemd, is geen toevallige inspiratie van het ogenblik, doch veeleer het inschakelen van een persoonlijk gebed in het liturgisch gebed van de kerk. Het gebed moet zijn een luisteren naar Gods woord en het aanbieden van ons antwoord. Dit heeft het grote voordeel dat de gezinnen «leren» bidden en dat ze hieruit ook de bekwaamheid halen om hun kinderen in het gebed op te voeden. Tenslotte kan in het algemeen opgemerkt worden dat de actie van de Gezinsgroep van O. L. Vrouw, die nu in Vlaanderen een eigen leiding hebben, Vlaams gedacht wordt. Wij beschikken over eigen thema's en memento's.

Streeft U in de samenstelling van de gezinsgroepen naar heterogeniteit qua standen of naar homogeniteit? In het eerste geval lijkt ons het gesprek, het openhartig en vruchtbaar gesprek, vooral tussen mannen en vrouwen, op religieus en moreel gebied, moeilijk, om niet te zeggen vaak onmogelijk. Wordt het in het tweede geval geen isolement van elitegezinnen, in het slechtste geval het vormen van aparte groepjes?

Bij de samenstelling van de groepen wordt niet naar homogeniteit, noch naar heterogeniteit gestreefd. Er worden groepen gevormd van gezinnen, die vrijwillig aan religieuze verdieping willen doen. De heterogeniteit over de totale beweging verspreid is m.i. zeer belangrijk, daar wij hierdoor aan de zo gevaarlijke verzuiling ontsnappen. Het moet gezien worden als een aanleren van het samenzijn met anderen in een religieus perspectief. Practisch hebben wij groe-

pen, die homogeen en heterogeen zijn. Beide hebben hun voor- en nadelen. In een heterogene groep zal men de eigen waarde doch ook de beperktheid van elke vorming gemakkelijk leren aanvoelen. In een homogene groep, dus tussen mensen met hetzelfde vormingsniveau, zal het gesprek gemakkelijker verlopen. Hier ligt het nadeel nu juist in het gevaar van een éénzijdigheid op sociaal-katholiek vlak.
Tenslotte wil ik er U op wijzen dat een groep ontstaat niet door een anonieme propaganda doch door persoonlijke contacten van gezin tot gezin. Homogeniteit of heterogeniteit lijkt ons geen principskwestie!

De taak van de priester in de gezinsgroep lijkt ons primordiaal. Zoekt U steeds de passende personaliteit? Vindt U die gemakkelijk, want alle priesters lijken ons niet geschikt om de juiste toon te vinden, evenmin als alle artsen geschikt zijn om in zake huwelijksmoeilijkheden te worden geraadpleegd? Bestaat een studieprogramma voor priesters? Regelmatige vergaderingen?

De priesters worden door de gezinnen zelf aangezocht. Deze keuze wordt voorgelegd aan de leiding. De taak van de priester in deze groepen bestaat er vooral in bezieler te zijn, juist als priester. Anders gezegd: het eenvoudig samenzijn van de priester met het gezin is nu vooral een essentieel element tot vruchtbare samenwerking. Of nu de aanwezige priester als consultor zal moeten optreden voor de persoonlijke moeilijkheden van een bepaald gezin, is alleen afhankelijk van het vertrouwen dat de gezinnen in hem stellen. Het contact met de gezinnen helpt de priester een inzicht ter zake te verwerven en zich ook verder te vormen. Op deze wijze zullen ook meer priesters geschikt worden voor deze specifieke taak.
De priesters hebben regelmatig vergaderingen op sectorvlak en ook op algemeen vlak. Zo onlangs te Beringen (17-10-62, elf aalmoezeniers — beginnende sector) en Roeselare (7-11-62) waar 89 priesters aanwezig waren, die ofwel aalmoezeniers van gezinsgroepen of van kringen voor gezinsspirituaiteit waren. Hierbij mochten wij opmerken hoezeer het onderling contact tussen oudere en jongere priesters bevruchtend inwerkt.

Ziet U de mogelijkheid om langs deze aktie om een nieuwe adem, de gave evangelische adem van de blijde boodschap te blazen in onze kristelijke gezinnen? Is dit voor de «ecclesia docens» een aangepaste vorm om de onvervalste en juist geïnterpreteerde huwelijksmoraal te doen doordringen? Anders gezegd om de vaststaande doctrine in een leefbare gestalte door te geven?

Zoals Mgr. De Smedt zegde is deze actie een van de lenteverschijnselen in de kerk. De gezinsgroepen zijn de vrucht van de herbronning, de herontdekking of naar Péguy, le ressourcement. Hierdoor wordt voor de gezinnen de mogelijkheid gecreëerd hun eigen taak in deze vernieuwing te volbrengen. De nood

---

Onze huwelijksmoraal. Die is grotendeels heel lang geleden opgesteld door celibatairen. Kun je van celibatairen, vanuit hun positie, die toch iets van een afweerpositie is, de goede huwelijksmoraal verwachten?

(*De Tijd Maasbode* 17-11-62 *page* 13 — *Alles moet op de helling*
Prof dr. R.C. Kwant o.e.s.a.)

en de malaise in zovele gezinnen kan alleen opgevangen worden met de hulp van gezinnen. Hiermede bedoelen we dat de gezinnen zelf een huwelijksspiritualiteit dienen uit te bouwen, in dialoog en in samenwerking met de priester. De gezinnen zelf zijn onontbeerlijk in de zorg voor het huwelijk en het gezin, waaruit de opvoeding van de jeugd én de voorbereiding van een volgende generatie op het huwelijk start. Geleidelijk aan moeten gezinnen gevormd worden, zodat zij kunnen optreden als eerste hulp bij moeilijkheden en ook als raadgevers bij de eerste moeilijkheden. Het is dan ook zeer belangrijk dat christelijke gezinnen, strevend naar een authentieke huwelijksspiritualiteit, dank zij de samenwerking tussen gezin en priester, de huwelijksmoraal van en voor deze tijd in de kerk mede uitbouwen.

Priester en arts kennen uit ervaring de enorme moeilijkheden van een zeer groot aantal gezinnen. Tenslotte is de kern van de zaak een kwestie van morele volwassenheid. Vreest U niet dat de zeer hoge doelstelling van Uw aktie over de koppen gaat en wil bouwen op fundamenten, die ontbreken of niet bestaan?

Onze ervaring heeft ons geleerd en leert ons nog voortdurend dat deze moeilijkheden alleen dan kunnen opgevangen worden, wanneer ze teruggeplaatst of gevat worden in een alzijdig en dynamisch perspectief. Moralisme is steeds de dood van de moraal geweest — en is het nog. Moraal veronderstelt dat de mens zich aangesproken weet als volwassene in wording.

Wij begrijpen de absolute noodzaak van een gesprek tussen man en vrouw. Het gesprek hier op dit precies terrein van huwelijksbeleving en religieuze verdieping, tussen een aantal mannen en een even groot aantal vrouwen lijkt ons uiteindelijk ofwel gevaarlijk, indien met volle openhartigheid wordt opgetreden, ofwel een verraderlijke uitnodiging tot onoprechte pose. Misschien is de vraag wat extreem geformuleerd, maar wij mogen niet veronderstellen dat alle leden moreel volwassen zijn.

Ik moet hierop wederom antwoorden dat ik geen moraal ken, die niet de mens erkent en waardeert als volwassene in wording. Nu is het mij duidelijk dat wij allen in verlossingsnood zijn. De moeilijkheden, die U aanhaalt, blijven theoretisch althans, steeds mogelijk. Het feit dat men, in religieus kader, een gedachtenwisseling rond een bepaald thema voert, waarin één of ander aspect van het christelijk leven behandeld wordt, belet «normaal» een afglijden naar een louter steriele introspectie. Als thema's voor de eerste drie jaren worden de grondslagen van de huwelijksspiritualiteit bestudeerd en besproken. Daarna kunnen de groepen kiezen tussen aangeboden thema's als christelijke deugden, biecht, eucharistie, bijbelverdieping, enz.

In ditzelfde verband de volgende vraag.
U hebt ervaring over de resultaten van deze gezinsactie. Zijt U ervan overtuigd — wat we zeer graag willen aanvaarden — dat het lidmaatschap van een gezinsgroep, een adekwate oplossing betekent voor een bepaald gezin in psychologische moeilijkheden, hiermede bedoelen we een ± uitgesproken stress-situatie.

De groepen kunnen natuurlijk geen therapie betekenen voor typisch psychologische conflictsituaties. Wanneer b.v.b. het gesprek tussen man en vrouw radicaal onmogelijk wordt ingevolge psychologische stoornissen, dan kan alleen deskundige hulp baat brengen. Het feit dat een gezin in deze situatie deel

uitmaakt van een groep kan soms nadelige gevolgen hebben voor het gezin en voor de groep. De eigen doelstelling en methode van de gezinsgroepen moeten geëerbiedigd worden: beide partners zijn bereid om of verlangen — als echtpaar — met andere gezinnen een verdieping van het christelijk leven door wederzijdse hulp na te streven.

Wij zouden graag Uw oprechte mening vernemen over de taak van de arts in de gezinsproblematiek en diens ontoereikendheid door onvoldoende vorming of studie ter zake. Hoe ziet U hier de mogelijkheden om een eventuele verbetering bij te brengen. Het gesprek tussen moralist en geneesheer lijkt ons van uitzonderlijk belang! Bestaan hier geen karakteristieke moeilijkheden, in de zin van een éénzijdige belichting, die aan het gesprek eerder een uitzicht van een monoloog geven, zodat ieder op eigen standpunt blijft?

De beweging groeit. Dit brengt mede dat wij, nu pas, kunnen gaan denken aan het ander **essentieel** aspect, waaraan ik U tevoren reeds herinnerde nl. de uitbouw van de huwelijksspirituaiteit en de zorg voor de gezinnen. De gezinsgroepen hopen te kunnen samenwerken met alle initiatieven in dit verband. De grote moeilijkheid is nu dat in ons land nog geen deskundigen bestaan om onze gezinnen daarin de nodige competente raad en opleiding te geven. De huwelijkscounseling is als «deskundig fenomeen» in ons land nog onbestaande. Het werk dat door de katholieke huwelijksbureau's gepresteerd wordt willen wij hier oprecht loven, evenals het werk dat in stille uren door zovele priesters en artsen geleverd wordt. Wij moeten echter durven bekennen dat deze goedbedoelde hulp nog vaak een improvisatorisch karakter vertoont, en daarom zo dikwijls «umsonst» geschiedt.

We willen tevens een onderscheid maken tussen de zuiver technische huwelijkscounseling, die alleen door deskundigen kan geboden worden én de even noodzakelijke — statistisch veel talrijker — hulp die zou kunnen opgebracht worden door zovele artsen, priesters en echtparen, op voorwaarde dat ze op dit terrein over de nodige vorming zouden beschikken. Hierbij denken we aan hetgeen gepresteerd wordt in Engeland binnen het kader van de «Catholic marriage advisory council».

In laatste instantie wil ik aanstippen dat de doorsnee-arts geen voldoende inzicht heeft in de moraal (hoe zou het ook anders kunnen, vermits nog zovele priesters met een karikatuur van de moraal rondlopen). De priester van zijn kant kent te weinig de psychologische en somatische onderbouw van het huwelijksleven. Wij denken hier ondermeer aan de primaire opvatting over de echtelijke liefde, P.O., enz. Ook hier kunnen weinig artsen (niet altijd de beste raadgevers) de priesters voorthelpen. Een diepere samenwerking is hier absoluut noodzakelijk op algemeen en op plaatselijk vlak.

Bij het ter perse gaan ontving de redactie het tweede nummer van het «Tijdschrift voor geestelijk leven», dat volledig gewijd is aan de gezinsspiritualiteit en de Gezinsgroepen van Onze-Lieve-Vrouw met degelijke artikels van P. Anciaux, P. De Haes, P. en M. Haems, E. en E. Van den Berghe en L. en G. Van der Straten.

Extra-exemplaren van deze aflevering kan men bestellen bij de administratie, Ploegstraat 25, Antwerpen. Prijs bij voorafbetaling 20 F of 1,75 f. Gironummer 1660.79 t.n.v. Tijdschrift voor geestelijk leven, Antwerpen.

Nieuws van de Vereniging.

VERGADERING RAAD VAN BEHEER:
8 november 1962.

1. De Voorzitter biedt aan Dr LIBBRECHT de gelukwensen aan van de Raad van Beheer voor zijn benoeming tot ondervoorzitter van het VERBOND.

2. **MEDISCH-SOCIAAL EN BEROEPSSECRETARIAAT** - Vergadering van 15 november 1962.
De antwoorden van de geneesheren, ondervraagd aangaande de verschillende vormen van DICHOTOMIE, werden aan Prof. DEREYMAEKER overgemaakt. Tijdens de vergadering van 15 november e.k. zal Prof. DEREYMAEKER een uiteenzetting geven over de verdeling van de honoraria, de beginselen van de beroepsmoraal en de mogelijkheden van hun toepassing.

3. **VERKIEZINGEN «VERBOND»**
De secretaris-generaal heeft aan de verkozen leden een brief van gelukwensen gestuurd.

4. **VERKIEZINGEN «ASSOCIATION»**
Dr EVRARD van Luik heeft Juffr. Dr LENGAUER voorgesteld als kandidate voor het ondervoorzitterschap van de «ASSOCIATION». Dr LENGAUER is de zeer ijverige sekretaresse van de ST-LUCASKRING van Luik en heeft zich verschillende jaren met hart en ziel gewijd aan de melaatsen in Nigeria.
Aangezien Dr VAN CAMPENHOUDT de functie van adjunkt-sekretaris weigerde, heeft de RAAD VAN BEHEER beslist deze post aan Mw Dr MOSSAY aan te bieden. De andere kandidaten zijn: tot Voorzitter: Dr LADURON (Namen); Raadgever: Dr DERCQ (Charleroi); Sekretaris: Dr DOSSIN (die deze funktie reeds waarneemt en herkiesbaar is).

5. **XXXXe FEESTVIERING ST-LUCAS OP 21 OKTOBER 1962**
De Voorzitter verheugt zich over het wellukken van de plechtigheden van 21 oktober en feliciteert de inrichters. Dr JENTGENS, afgevaardigde van de Duitse St-Lucasvereniging, schreef ons een brief van dankbetuiging voor het onthaal in Brussel.
Dr DAUWE stuurde ons een telegram van gelukwensen.
Sommige leden betreuren dat er niet gezorgd werd voor een simultaanvertaling tijdens de Academische Zitting. Dit had als gevolg dat de belangstelling voor de voordrachten van Prof. Dr HAVEN en deze van Senator HOUBEN voor menige toehoorders verloren ging. De Voorzitter antwoordt hierop dat alleen budgetaire redenen daarvan de oorzaak waren. In de toekomst zullen wij die leemte trachten te verhelpen.
Een verslag van de ceremoniën - in het Frans en in het Nederlands - zal in het ST-LUCASBLAD van december verschijnen, terwijl de spreekbeurten van Prof. Dr MILLIEZ en deze van Senator Houben in Nr 1 van 1963 zullen gepubliceerd worden. Beide voordrachten zullen door een uitgebreide samenvatting gevolgd worden.
Het tijdschrift «LE SCALPEL» vroeg om een verslag van de feestviering te ontvangen ter publikatie. Dit zal toegestaan worden nadat het ST-LUCASBLAD van december zal verschenen zijn. Dit geldt eveneens voor de voordrachten «in extenso» te verschijnen in nr 1 en dus beschikbaar in maart.

6. THESAURIE

6/1. INTERNATIONAAL SEKRETARIAAT

Dr VERLY, die op de vorige vergadering afwezig was, heeft kennis genomen van de beslissing welke een einde maakt aan de bedrijvigheid van het INTERNATIONAAL SEKRETARIAAT. Hij heeft er geen bezwaar tegen daar hij akkoord gaat met de redenen die deze beslissing teweegbrachten. Sedertdien heeft hij nochthans vernomen dat Prof. GEDDA over fondsen beschikt en voornemens is, althans gedeeltelijk, de schulden te vereffenen.

Hij vindt nochtans dat het spijtig zou zijn van het INTERNATIONAAL SEKRETARIAAT te moeten afzien, aangezien dit Sekretariaat binnenkort door de R.K. ARTSENVERENIGNG zal moeten overgenomen worden. Hij stelt voor een laatste maal het INTERNATIONAAL NIEUWS in het ST-LUCASBLAD van december te laten verschijnen met melding van de redenen die er ons toe verplicht hebben deze bedrijvigheid stop te zetten. De Raad stemt met dit voorstel in.

6/2. NATIONAAL WERK VOOR HET GEHANDICAPTE KIND

De penningsmeester heeft aan het Bestuur van dit werk enige vragen gesteld ten einde de bepalingen van de statuten te kennen welke de ST-LUCASVERENIGING tot een bijdrage verplichten.

7. NIEUWS UIT DE ST-LUCASGILDEN

MEDICA.LEUVEN (Vlaamse Studentenkring) heeft de samenstelling van zijn komité laten kennen: Prof. Dr E. HAVEN (Erevoorzitter); E.P. HOSTIE S.J. (Proost); André AUDENAERT (Praeses); Frans BRUYNOOGHE (Vice-Praeses); René SABBE, Walter GRIJSPEERDT en John FEVERY (Medewerkers).

De **CERCLE MEDICAL SAINT-LUC,Leuven** vraagt om regelmatig op de hoogte te worden worden gebracht van de bedrijvigheden van onze Vereniging. Wij kregen hun programma van het eerste halfjaar 1961 - 1962.

BRUSSEL.Frans: 29 november: RONDE TAFEL OVER DICHOTOMIE (Prof. DEREYMAEKER) en VERKIEZINGEN: Voorzitter: Dr J. DELFOSSE; Ondervoorzitter: Dr P. ANSIAUX; Sekretaris: Dr P. DE STAERCKE; Raadgevers: Prof. Dr A. FAIN; Dr M. de THIBAULT; Dr A. NOEL en Dr M. KIVITS.

BRUGGE: 21 november: «GEZINSMORAAL» door E.H. Kan.DELMOTTE. De proost van de Gentse ST-LUCASGILDE en Professor aan het Groot-seminarie te GENT geeft hier een uiteenzetting vanuit drie standpunten, nl. dat van de twee individus afzonderlijk, het standpunt van die twee personen als geheel en dat van het gezin. Het technisch gedeelte zal op een later te bepalen datum besproken worden door een bevoegd gynecoloog, bijgestaan door een moralist.

GENT: 15 november «HET SOCIALE IN DE KERK» door E. H. kan. DELMOTTE. Het Koncilie stelt duidelijk de vraag naar de struktuur van de Kerk. In verband met deze aktualiteit werden de volgende vragen behandeld: Welke rol speelt de pater? - Welk verband bestaat er tussen de bisschoppen onderling en met de Paus? - Is hun kontakt eerder van praktische aard, of vormen zij echt één collegium? - Welke rol spelen de priesters, die geen bisschoppen zijn? - Wat hebben de de bisschoppen meer dan hun «priester» zijn? - Ligt het wezenlijke van het priesterschap wel in het «priesters» zijn, dan wel in het «hiërarch» zijn? Wat betekent dat? - Welke is de plaats van de leek, die door doopsel lid is van de Kerk, en door het vormsel «mondig», volwassen kind is van het gezin van deze Kerk? - Hebben de leken veel «te zeggen» in de Kerk, aan de hiërarchie, langs de hiërarchie, tegen de hiërarchie? - En wat dan met de menselijke onvolmaaktheden, de zonden en zwakheden van de «gezaghebbenden».

LUIK: 30 november: «EQUILIBRES ENDOCRINIENS ET COMPORTEMENT» door Prof. DE VISSCHER (Leuven).

MECHELEN: 4 december: «PROBLEMEN ROND DE KINDERBESCHERMING» door de H. VERHEYDEN, Procureur des Konings.

ST-NIKLAAS-WAAS: 24 november: E.P. MERTENS sprak over «DE TOEKOMST VAN HET KATHOLICISME». In de loop van 1963 voorziet men een voordracht van Prof. Dr CARP uit Leiden over **HYSTERIE** en een spreekbeurt over DE MODERNE MENS EN DE BIJBEL.

VERSLAG DER VERGADERING
VAN HET MEDISCH-SOCIAAL EN BEROEPSSEKRETARIAAT
(FRANSSPREKENDE VLEUGEL) 15 november 1962

(Samenvatting)

ONDERWERP: **DICHOTOMIE**

Professor DEREYMAEKER heeft de antwoorden verzameld van een aantal kollega's omtrent de door hem bekende vormen van dichotomie.

Daaruit kan men voorlopig besluiten dat de dichotomie chirurg- huisdokter «gewoon» is, en dat het percentage doorgaans schommelt tussen 25 en 50 procent; zij gebeurt meestal op verborgen wijze.

De dichotomie specialist technicus-huisdokter is betrekkelijk zeldzaam, doch schijnt uitbreiding te nemen.

De verborgen dichotomie wordt afgekeurd door de Orde der Geneesheren.

BESLUIT VAN DE VERGADERING

1) De verdeling van het honorarium is gerechtvaardigd wanneer ze wezenlijke prestaties van de huisdokter vergeldt, beperkt blijft binnen de grenzen die met deze prestaties overeenstemmen en op voorwaarde dat de zieke er van op de hoogte wordt gebracht;

2) Het R.V.Z.I. zou de terugbetaling moeten bepalen van de prestaties van de huisdokter ter gelegenheid van een heelkundige ingreep;

3) Er dient gestreefd naar het opmaken van een gemeenschappelijke rekening, met vermelding van de naam der beide dokters, volgens de aanbevelingen van de Hogere Raad van de Orde in 1955, met beperking tot een percentage van 33 percent.

Boeken en Tijdschriften

L. H. Levie: Seksuologie - Handleiding voor Artsen.

Stafleu en Zoon, Leiden 1961 derde druk.

(De Internationale Pers, Berchem-Antwerpen) B F 300.

Seksualiteit en haar problemen worden door het moderne wetenschappelijk onderzoek uitgepluisd. Artsen, psychiaters, psychologen, moralisten willen in deze vrij komplexe en vaak raadselachtige wereld dieper doordringen, en terecht. Toch moeten we toegeven dat de «deskundigen» in seksuologie nog tot het rijk der witte raven behoren, en dat men geen seksuoloog is omdat men gynecoloog of psychiater is. Dit boek werd geschreven door een seksuoloog uit Amsterdam, en is de weergave van een jarenlang kontakt met de problemen der seksualiteit. Gedegen medische kennis en erudiet psychologisch doorzicht leiden de auteur doorheen de verschillende periodes van de seksualiteit, jeugd, huwelijk, onanie, homoseksualiteit, geboorteregeling en eugenetiek. Het is een boek dat geschreven werd vanuit de praktijk, niet los van de realiteit, waarmede wij allen dagelijks te doen hebben. Daarom zal het velen van ons, die door de praktijk of uit interesse gedwongen worden deze problemen dieper te doorgronden, nuttige inlichtingen bezorgen. Deze recensie kan onmogelijk alle opinieverschillen weergeven, temeer daar het werk werd geschreven vanuit een humanistische moraal, die radicaal tegen onze opvattingen botst. Bepaalde stellingen, o.a. in seksuele moraal en medische praktijk bv. dat in «werkelijkheid het geslachtsverkeer eerder ondanks, dan om der wille van de voortplanting wordt uitgeoefend, wordt (er staat niet werd) door de (welke, n.v.d.r.) moraal genegeerd en geloochend... en verder ....

«Hoe moreler een mens is, des te sterker verloochent hij zijn natuur», en dan verder, gewoon als een voorbeeld uit de talrijke andere, de houding van schrijver tegenover de kunstmatige inseminatie met donors, de zogeheten K.I.D.- of heterologe inseminatie, waar hij vooropstelt dat «voor donorinseminatie een harmonisch huwelijksleven een conditio sine qua non is». enz....

Ook wordt de arts zelf, soms op vrij opene wijze onder het zoeklicht gezet.
«De arts is immers zelf eveneens ondergeschikt aan de seksuele moraal; ook bij hem is de seksuele onderdrukking een tweede natuur geworden. Ten hoogste is die bij hem gunstiger geslaagd, d.w.z. dat hij niet aan de gevolgen van die seksuele onderdrukking in dezelfde mate lijdt als velen van zijn patiënten. Ook de arts heeft van jongsaf geleerd dat seksualiteit niet fatsoenlijk is en dat men daarover behoort te zwijgen. Als er dus bij hem iemand *niet* zwijgt over zijn geslachtelijke funkties, heeft hij gauw neiging om de patiënt te veroordelen.»
Dit boek is handig studiemateriaal, ondanks de reeds uitgesproken bezwaren uit moreel oogpunt. (hz.)

Handboek van de kinderverlamming en van de aangrenzende gebieden der Pathologie. (Prof. J.J.G. Priek) Uitg. J. J. Romein en Zonen, Roermond-Maaseik 1961.

Dit uitermate degelijk en verzorgd handboek over poliomyelitis en aangrenzende gebieden is uiteraard geschikt voor allen, die met deze ziekte in kontakt komen. Zowel kinderartsen als algemene praktici, neurologen als internisten, physicotherapeuten als bacteriologen zullen in dit handboek alles (en dit is niet weinig gezegd) terugvinden, wat ze in bepaalde kritieke momenten nu juist niet meer zó haarfijn wisten. Het is een handboek, kan dus onmogelijk aan één stuk door worden gelezen, doch telkens men iets meer wil weten over actiologie, virologie, epidemiologie, pathologische anatomie, profylaxis, enz., vindt men de meest nauwkeurige gegevens terug in de verscheidene hoofdstukken. De curatieve behandeling met revalidatie, reëducatie en orthopaedagogiek worden uitvoerig behandeld en werden in zeer verzorgde stijl neergeschreven. Ook aan de psychische en sociale revalidatie werd grote aandacht besteed. Zeer uitvoerig wordt de differentiële diagnostiek in verband met de Echo — adeno-cossackie — en choriomeningitis-virussen besproken. In de samenvatting der resultaten van de preventieve vaccinatie wordt het Cutter-incident, de metode van Salk en ook, even maar vernoemd, het Belgisch vaccin behandeld... «uit practische overwegingen is hier nog vermeld, dat er in de laatste jaren ook een Belgisch vaccin in de handel gebracht is, dat op het principe van Salk berust. Bij de bereiding wordt gebruik gemaakt van een stam van type I, die Lepine geïsoleerd heeft in plaats van de in het Salkvaccin voorkomende virulente Mahoney-stam. Deze stam is weinig virulent en neurotroop, maar behoudt toch minstens een even groot antigeenvermogen na inwerking van de formaldehyde. Bij dit vaccin is het gevaar, dat een paralytische vorem van poliomyelitis bewerkstelligd wordt wanneer het vaccin een levend virusdeeltje bevat, door deze geringe virulentie en neurotropie intermate klein geworden».
Ondanks de grote lof voor het antigeen vermogen en het uitermate klein geworden gevaar... toch maar vernoemd uit «practische overwegingen!».
Dit heel klein beetje «Somerse» critiek moest ons uit het hart. Voor de rest dekt dit boek een leegte in de Nederlandstalige medische wereld en zal er zowel door studenten als artsen dankbaar gebruikt worden. (hj.).

Acta Hospitalia Vol II nr. 4 — dec. 1962 (*driemaandelijks tijdschrift van het centrum voor ziekenhuiswetenschappen van de K.V.L.*)

redactie en administratie
Minderbroedersstraat 12
Leuven
P.C.R. 88 — 39-35.

INHOUDSOPGAVE;

1. **Planning hospitalier**
   J. Delcourt
2. **Technische en administratieve problemen bij de bouw van openbare ziekenhuizen**
   A. Poepaert
3. **The grouth of the dictetie profession in the U.S.A.**
   H. J. Rynbergen

Tijdschrift voor geestelijk leven nr. 1 jan 1963.
Inhoud:

G. DE BRIE: De integratie van de positieve wet in de zedelijke en religieuze beleving II
A. ULEYN: Diaspora en moedeloosheid
A. DUMONT «Verleen mij de wijsheid»

Verder geestelijke tekst en boekbespreking.

Katholiek Artsenblad nr. 1 jan 1963.
Inhoud:

JOHN J. LYNCH, s.j.: Orale contraceptie
C. J BEEMER: Beïnvloeding van de vruchtbaarheid door de progestatieve hormoon-preparaten, moraaltheologisch beschouwd
J. WIERTZ: Respect voor het leven.

Verder:
— Artificiële inseminatie. Hoe nu verder?
— Van de leestafel: de Protestantse theologie over de onderbreking van de zwangerschap.

Belgische Geneesherenvereniging Sint-Lucas

(*Vereniging zonder winstbejag*)

Algemeen Voorzitter: Prof. Dr. P. Van Gehuchten
Algemeen Secretariaat: Dr. A. Thulliez — *Thesaurie*: Dr. J. Gillis
19, IJzerlaan, Brussel 4 — Tel. 35.36.02

Geneesherenvereniging Sint Lucas Aalst, Dirk Maertensstr. 24, Aalst
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Antwerpen, Moorkensplein, 13, Borgerhout.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas, Torenbrug, 1, Brugge.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Brussel, G. Van Haelenlaan, Brussel 18.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Gent, Ferrerlaan, 210, Gent.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Limburg, Diestse Steenweg, Sint-Truiden.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Sint-Niklaas, Hofstraat, 52, Sint-Niklaas.
Geneesherenvereniging Sint-Lucas Turnhout, De Merodelei, 176, Turnhout.

Medische Sint-Lucasjeugd

Medische Sint-Lucasjeugd Gent, K.V.C., Kortrijkse Poortstr., 160, Gent.
Sint-Lucasgilde der Studenten, Leuven, Pater Damiaanplein, 13, Leuven.

Medische Missie-actie

Algemeen Secretariaat: Louis Schmidtvest, 111, Brussel.